

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FILOZOFICKÁ FAKULTA

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2009

Jana Menšíková

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FILOZOFICKÁ FAKULTA
Katedra pedagogiky

Utváření osobnosti v prenatálním období
a
jeho důsledky pro následující výchovu

Formation of personality in the prenatal stage
and
its consequences for educational development.

Diplomová práce

Jana Menšíková
Praha 2009

Vedoucí diplomové práce
Doc. PhDr. Jiří Pelikán, CSc.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jsem přitom uvedené prameny a literatury.

V Praze dne 3.3. 2009

Jana Menšíková

Děkuji doc. Jiřímu Pelikánovi za odborné vedení práce a mnoho cenných rad a podnětů. Rovněž bych chtěla poděkovat rodině, zejména Tomášovi za podporu, kterou mi poskytovali po celou dobu.

OBSAH

ÚVOD.....	6
1 UTVÁŘENÍ LIDSKÉHO JEDINCE	8
1.1 POJETÍ OSOBNOSTI.....	8
1.2 STRUKTURA OSOBNOSTI	9
1.3 PERIODIZACE VÝVOJE ČLOVĚKA	11
1.4 UTVÁŘENÍ A VÝVOJ OSOBNOSTI.....	11
1.4.1 Teoretická východiska.....	11
1.4.1.1 Environmentalistické teorie.....	12
1.4.1.2 Nativistické teorie.....	12
1.4.1.3 Interakcionistické teorie	13
1.4.1.4 Individualistické teorie	13
1.4.2 Činitelé utváření a vývoje osobnosti	14
1.4.2.1 Vnitřní biologické podmínky	14
1.4.2.2 Vlivy prostředí.....	15
1.4.2.3 Nervová soustava jako zdroj struktury a dynamiky osobnosti.....	15
1.4.3 Způsoby realizace psychického vývoje.....	16
1.4.3.1 Zrání	14
1.4.3.2 Učení.....	15
1.4.4 Vliv výchovy na utváření osobnosti člověka	17
2 TĚHOTENSTVÍ.....	19
2.1 FYZIOLOGICKÉ TĚHOTENSTVÍ.....	19
2.1.1 Psychika ženy v průběhu těhotenství	22
2.1.2 Důsledky postoje ženy k těhotenství a mateřství	23
2.2 OTEC JE TAKÉ SOUČÁSTÍ.....	29
2.3 EMBRYONÁLNÍ VÝVOJ A VÝVOJ PLODU	31
2.3.1 Období blastemové.....	31
2.3.2 Embryonální vývoj.....	22

2.3.3	Fetální vývoj.....	23
2.4	POROD.....	37
2.4.1	Průběh porodu	37
2.4.1	Vliv průběhu porodu na dítě.....	37
3	PRENATÁLNÍ PSYCHOLOGIE.....	44
3.1	VÝVOJ NÁZORŮ ODBORNÍKŮ O PRENATÁLNÍM OBDOBÍ.....	44
3.2	DRUHY KOMUNIKACE MEZI MATKOU A PLODEM.....	47
3.2.1	Fyziologická komunikace	47
3.2.2	Komunikace behaviorální	50
3.2.3	Komunikace prostřednictvím vzájemných sympatií.....	52
3.3	JAKÝMI ZPŮSOBY MOHOU RODIČE NAVÁZAT KOMUNIKACI S JEJICH NENAROZENÝM DÍTĚTEM.....	52
4	VÝZKUMNÁ ČÁST	61
4.1	VYTYČENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU	61
4.2	VYMEZENÍ VÝZKUMNÉHO POLE.....	61
4.3	FORMULACE PŘEDPOKLADŮ A OČEKÁVÁNÍ	62
4.4	VÝBĚR VZORKU A VYSVĚTLENÍ VOLBY.....	63
4.5	POPIS VYUŽITÉ METODY	63
4.6	ZÍSKÁVÁNÍ DAT	63
4.7	ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT	64
4.8	VÝSLEDKY	64
	ZÁVĚR.....	86
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	87
	PŘÍLOHY	90

Úvod

V posledních letech stále více slyšíme nejen v médiích o problémech současného světa. Problémech regionálních a zejména problémech globálních, ať už environmentálních, interkulturních či antroposociálních. Neustále slyšíme o zhoršujících se mezilidských vztazích ať už v rodině, ve škole, v obcích, v politice, v celé společnosti. Hledají se různé cesty možné nápravy, a tudíž i příčiny tohoto současného stavu. Je jisté, že příčin je mnoho, možná více, než si je společnost schopna uvědomit a ochotna připustit. Tudíž i cest k nápravě současné situace je nespočet. Jednou z nich může být i vědomé utváření osobnosti člověka již v prenatalním období. Součástí světa jsou lidé, a změny mohou nastat tehdy, pokud se kromě anonymního „my“ budeme obracet k osobnímu „já“. Mnozí psychologové soudí, že mnoho problémů každého z nás vzniká již v průběhu prenatalního a perinatalního života. A i vzájemný vztah dítěte s jeho okolím, nastává již od početí. Nejprve pouze s matkou, později i s dalšími.

Pro mne osobně je období těhotenství, vývoj člověka a utváření jeho osobnosti, téma velice zajímavé a fascinující. Vždy mne zajímalo vše, co souviselo s těhotenstvím, mateřstvím, zrozením nového života. Snad protože jsem žena. Můj zájem byl právě s uvědomováním si svého ženství větší a větší a i díky tomu jsem se rozhodla po absolvování střední školy pro studium porodní asistence. Toto studium a následná praxe mi pomohla zodpovědět mnohé otázky. Ovšem čím více jsem do dané problematiky pronikala, tím více se otevíralo otázek nových a již hůře uchopitelných, natož zodpověditelných. Možná jsem si tehdy myslela, že s mým vlastním těhotenstvím a mateřstvím najdu leckteré odpovědi. Částečně ano. Otevřel se mi zcela nový svět, ocitla jsem se v nových rolích. Jistě jsem mnohé pochopila, ledacos zodpověděla. Ale také samozřejmě přišly otázky nové. Přistupuji k nim s pokorou. Neočekávám, že na ně naleznou přesnou odpověď. Vím, že to nelze. Některé věci jsou skutečně neuchopitelné a nezodpověditelné.

V rámci své diplomové práce jsem se zabývala možnostmi utváření lidského jedince již v průběhu prenatalního života. V následujícím textu jsem se snažila o přiblížení problematiky prenatalní psychologie a zejména o seznámení s možnostmi formování

osobnosti již od počátků života. Stěžejní částí této práce je obeznámení s komunikačními možnostmi mezi matkou, či dalšími členy rodiny a nenarozeným miminkem.

Následující text je rozdělen do několika částí. V první části jsou obecně vymezena východiska utváření lidského jedince. V druhé části se zabývám obdobím těhotenství a porodu. Věnuji se zde i psychice ženy a důsledkům jejího postoje k těhotenství a mateřství. Zamýšlím se zde i nad působením a vlivem otce dítěte. V této kapitole je také stručně popsán vývoj plodu. Poukazuji i na vliv porodu pro následující vývoj dítěte. V třetí části se věnuji oblasti prenatální psychologie. Snažím se nastínit vývoj názorů odborníků ohledně prenatálního období. Dále zde popisuji druhy komunikace probíhající mezi matkou a dítětem a konkrétními komunikačními možnostmi. Ve čtvrté, výzkumné části, je popis mého dotazníkového šetření, jehož cílem bylo zjistit, zda ženy v těhotenství komunikovaly se svým dítětem, a pokud ano, tak jakým způsobem, a zda vyzorovaly po porodu nějaké reakce dítěte na známé stimuly.

Přestože poznatků o duševním životě plodu neustále přibývá a obor prenatální psychologie se intenzivně rozvíjí, tak i nadále je výběr literatury velmi omezený. Většina dalších publikujících odborníků vychází z knihy Thomase Vernyho. I pro mne byla tato kniha stěžejním zdrojem informací. Znalosti a přehled jsem se snažila rozšířit pomocí další dostupné literatury a také prostřednictvím informačních technologií. Velmi důležité a inspirující byly pro mne osobní zkušenosti širokého spektra žen, i zkušeností mé osobní. Jak z oblastí studií a práce porodní asistentky, tak zejména z mých vlastních těhotenství a z role matky.

1 Utváření lidského jedince

1.1 Pojetí osobnosti

Osobností je každý lidský jedinec se svými individuálními charakteristikami. Každá osobnost je součástí prostředí. Lidský jedinec je středem zájmů zkoumání psychologů. Pojetí a teorií osobnosti je v současné době více než dvě stě (V. Smékal, 2002).

Vrozený základ osobnosti tvoří temperament, emoce, pudy a dispozice k rozvoji různých specifických schopností, především inteligence. Vývoj a formování osobnosti je ve vzájemné interakci s biologickými a sociálními faktory. Na formování osobnosti se podílí i vlastní činnost člověka. Hovoříme o tzv. autoregulaci.

Osobnost lze charakterizovat jako duševní celek, charakteristický:

- a) vnitřní jednotou a strukturovaností jeho dílčích složek
- b) individuální specifickostí, odlišností od jiných osobností
- c) vývojovou kontinuitou, tj. relativní stálostí psychických vlastností i v průběhu různých vývojových změn.

(M. Vágnerová, 2001)

Každý z nás je v určitém ohledu

- stejný jako kdokoliv jiný;
- stejný jako někteří jiní;
- zcela jedinečný.

Osobnost posuzujeme vždy jako celek. U lidského jedince hodnotíme:

- a) biologické znaky, např. vzhled, výšku, váhu, zdraví;
- b) společenské charakteristiky, např. vzdělání, povolání, rodinu, přátelé, zájmovou činnost;

- c) schopnosti a dovednosti, např. co daná osobnost umí, v čem vyniká;
- d) temperamentové vlastnosti;
- e) charakterové vlastnosti, např. vytrvalost, odpovědnost, svědomitost, pořádnost;
- f) charakteristiku psychických procesů a stavů, např. schopnost soustředit se na vykonávanou činnost;
- g) motivaci, zájmy, cíle, perspektivy, plány.

Vlastnosti osobnosti se projevují v každodenní činnosti člověka. Vývoj psychicky jedince se realizuje zráním a učením. Na vývoj člověka působí vnitřní biologické podmínky, vlivy prostředí a samozřejmě také vlastní aktivita jedince.

1.2 Struktura osobnosti

Uspořádané dispozice podmiňující způsoby psychického reagování označujeme jako strukturu osobnosti. Rozlišujeme jednotlivé aspekty osobnosti: schopnosti, rysy, temperament a charakter.

Schopnosti jsou vlastnosti umožňující člověku naučit se určitým činností a dobře je vykonávat (J. Čáp, 2001). Je několik druhů schopností. Například verbální, numerické, umělecké, sportovní aj. Biologický, vrozený předpoklad pro rozvinutí schopnosti je vloh. Soubor dobře rozvinutých schopností pro určitou činnost je nadání. Výjimečné schopnosti označujeme termínem talent či genialita. Schopnosti úzce souvisí s dovednostmi. Psychologové se nejvíce zabývají schopnostmi intelektovými.

Rys osobnosti je psychická vlastnost, která se projevuje určitým způsobem jednání, chování a prožívání. Rys osobnosti nevyjadřuje, jak dobře člověk dokáže něco dělat, ani proč to dělá. Rys vyjadřuje jakým způsobem to dělá (J. Čáp, 2001). Při charakteristice člověka často používáme rozdělení na extroverty a introverty, dominantní či submisivní jedince, stabilní či labilní jedince, rozhodné či nerozhodné osoby, jedince se schopností sebeovládání či s nedostatečným sebeovládáním. Rysy osobnosti jsou v průběhu života relativně stálé.

Temperament je soubor psychických, eventuelně psychofyzilogických vlastností, které se projevují způsobem reagování, chování a prožívání. Zejména, jak snadno vznikají emoce, jak silně probíhají a projevují se a jak rychle se střídají (J. Čáp, 2001). Je několik teorií temperamentu. Nejznámější je rozlišení dle Hippokrata a Galena, dle převládající tekutiny v těle: krve - sangvinik, hlenu – flegmatik, žluté žluči – cholerik a černé žluči – melancholik.

Charakter je subsystém struktury osobnosti, který se podílí na kontrole a řízení jedincova chování a jednání podle společenských, zejména morálních norem a požadavků. Je těsně spjat s temperamentem, motivací, ale i s intelektem a schopnostmi. Charakter se formuje převážně působením výchovy a dalších sociálních podmínek. Název pro vnitřní subsystém morální sebekontroly a autoregulace je svědomí.

Každé jednání a chování lidského jedince je motivováno. Mezi motivy lidského chování patří potřeby, zájmy a záliby, návyky, perspektivy a cíle, hodnoty a postoje, city a citové vazby. Proces motivace se spolupodílí na usměrňování, regulaci chování a činnosti k dosažení určitého cíle.

1.3 Periodizace vývoje člověka

Každá osobnost prochází na sebe navazujícími vývojovými etapami, pro které jsou charakteristické různé biologické, psychické a sociální změny. Existuje několik různých periodizací vývoje člověka. Například Hippokrates popsal sedm sedmiletých období člověka. Jan Ámos Komenský rozčlenil vývoj člověka též do sedmi sedmiletých období, které pojmenoval: dítě, pachole, mládenec, jinoch, muž, starý muž, kmet. O kompletní periodizaci, zachycující nejen biologický, ale i psychický a sociální vývoj se pokusil Václav Příhoda (1977). Psychoanalytickou vývojovou periodizaci předložil Sigmund Freud. Psychosociální vývojovou periodizaci vycházející z předpokladu řešení určitého životního konfliktu v každém období prezentoval E.H. Erikson.

V české literatuře zabývající se vývojovou psychologí je nejčastěji uváděna periodizace dle českého psychologa J. Langmeiera. Ten popisuje následující období:

Prenatální – začíná početím a končí porodem plodu.

Novorozenecké – nastává porodem plodu a trvá po celý první měsíc života dítěte po narození.

Kojenecké – trvá od ukončeného prvního měsíce do konce prvního roku.

Batoletí – zahrnuje období druhého a třetího roku věku dítěte.

Předškolní – nastává ukončeným třetím rokem a končí nástupem do školy.

Mladší školní věk – počíná nástupem dítěte do školy, a konec této etapy nastává v období okolo 11-12 let, poté, co jsou patrné první známky pohlavního dospívání.

Období pubescence – toto období je ukončeno přibližně okolo 15. roku věku dítěte.

Období adolescence – konec tohoto období je datován okolo 21. roku.

Časná a střední dospělost – zahrnuje období od zhruba 20 do 45 let.

Pozdní dospělost – období od ukončení střední dospělosti až do 65 let.

Stáří – od ukončení dospělosti až do smrti.

1.4 Utváření a vývoj osobnosti

Činitelů podílejících se na utváření osobnosti je již od početí a až do smrti mnoho. Jedná se o vzájemnou interakci vrozených dispozic a vlivů vnějšího prostředí.

1.4.1 Teoretická východiska

Pro utváření každé osobnosti je potřeba vrozených dispozic i vlivů vnějšího prostředí. Obě skupiny činitelů mají stejný význam, avšak v minulosti byly uznávány dvě krajní teorie. Environmentalistické a nativistické.

1.4.1.1 Environmentalistické teorie

Environmentalistické teorie přikládají rozhodující význam vnějším faktorům. Environmentalisté přeceňují význam učení na úkor dědičných faktorů. Dědičné faktory jsou přehlíženy. Environmentalistické teorie vycházejí a navazují na filozofický empirismus (F. Bacon, J. Locke) a francouzské materialisty 18. století (La Mettrie).

Představitelé této teorie často poukazují na citát Johna Locka: „V mysli nemůže být nic, co by tam nevešlo prostřednictvím smyslů“.

Typickým zástupcem tohoto výkladu je behaviorismus, jehož představitelé zkoumali zákonitosti chování. Behavioristé odmítají vlivy prožívání, možnost působení osobní volby nebo motivace. J. Locke věřil, že člověk se rodí jako „tabula rasa“ – nepopsaná tabule, na kterou v průběhu života jeho vychovatelé a společnost teprve „napíší“ co chtějí.

Hlavním představitelem byl James Watson. Základní myšlenka jeho učení je zcela zřejmá v jeho velmi známém citátu: „Dejte mi tucet zdravých nemluvňat, dobře vyvinutých, a můj vlastní specifický svět, v němž bych je vychovával, a já vám zaručím, že vezmu kteréhokoliv z nich náhodou a vycvičím je, aby se z něj stal jakýkoliv odborník podle vaší volby“ (M. Vágnerová, 2001, s. 10).

1.4.1.2 Nativistické teorie

Nativistické teorie přisuzují zásadní význam vrozeným dispozicím. Prostředí, dle jejich názoru, nemá na utváření osobnosti člověka významný vliv. Představitelé nativistických teorií předpokládají, že vše je již dané a možnost ovlivnění vrozených dispozic je pouze minimální a bezvýznamná. Nativistické teorie vycházejí z racionalistického nebo iracionalistického nativismu. Racionalistické směry kladly důraz na rozum.

Představiteli této teorie byli např. R. Descartes, G. Leibniz, I. Kant, G. W. Hegel. Optimističtí představitelé této teorie předpokládají, že člověk se rodí primárně dobrý. Toto pojetí je charakteristické např. pro J.J. Rousseaua či L.N. Tolstého ale i R. Steinera. Do nativistických teorií lze řadit i psychoanalytické Freudovo pojetí. Freuda řadíme k představitelům iracionalistické teorie. Iracionalisté považují za základ pudové projevy.

Postupem času, s rozvojem nových poznatků, ubývalo představitelů těchto krajních směrů. V současné době je již zřejmé, že na determinaci osobnosti člověka se podílí oba faktory a že je důležitá dědičnost i prostředí. Tyto teorie se nazývají interakcionistické teorie. Přesto se i dnes najdou názory nadřazující genetickou výbavu člověka nad možnostmi výchovy a naopak.

1.4.1.3 Interakcionistické teorie

Interakcionistické teorie přikládají význam jak vlivům prostředí, tak i dědičným dispozicím a soudí, že člověk se vyvíjí vzájemnou interakcí těchto činitelů. Mezi interakcionistické teorie patří např. humanistická psychologie. Humanistická psychologie byla založena roku 1956 v USA a mezi hlavní představitelé této teorie patří např. A. H. Maslow, Ch. Bühlerová, C. R. Rogers. Hlavní myšlenkou této teorie je, že člověk se aktivně podílí na svém bytí.

1.4.1.4 Individualistické teorie

Individualistické teorie zdůrazňují neopakovatelnou jedinečnost a výjimečnost každého z nás. Individuální pohled na jedince je charakteristický pro představitelé humanistické psychologie a logoterapeutického pojetí Viktora Frankla. V. Frankl považuje za nejvýznamnější faktor podílející se na utváření osobnosti potřebu nalezení vlastního smyslu života. Mezi představitelé individualistické teorie lze zařadit i humanistického psychologa C. Rogerse.

1.4.2 Činitelé utváření a vývoje osobnosti

Na formování osobnosti se podílejí jak vnitřní, biologické podmínky, tak vlivy prostředí a samozřejmě také vlastní činnost člověka.

1.4.2.1 Vnitřní biologické podmínky

Vnitřní biologické podmínky každého jedince jsou tvořeny:

1. dědičná výbava – přejímá se od rodičů po předcích prostřednictvím genů;
2. genová výbava – zahrnuje navíc změny v genech vzniklé mutací;
3. vrozená výbava – zahrnuje navíc změny vyvolané v průběhu vývoje plodu až do porodu;
4. konstituční výbava – zahrnuje navíc vlivy prostředí na organismus během jedincova vývoje po narození (K. Balcar, 1991).

Genetická výbava každého jedince je určena počtem. Polovinu své genetické výbavy získává každý z nás od matky, druhou polovinu od otce. Výběr je náhodný. Základní jednotkou dědičnosti je dědičná vložka – gen. Geny jsou úsekem molekuly deoxyribonukleové kyseliny (DNA) a jsou uloženy v jádrech buněk.

Soubor genů buňky organismu označujeme jako genotyp. Genotyp každého člověka je velice rozsáhlý, specifický a maximálně individuální. Genotyp zůstává v průběhu života stejný. V případě, že dochází ke změně, tak se jedná o změnu negativní.

Uplatnění genetických informací je ovlivněno i vnějším prostředím. Mluvíme o prenatálních, perinatálních a postnatálních vlivech.

Realizaci určitého genotypu v určitém prostředí nazýváme fenotyp. V podstatě se jedná o vzájemnou interakci přírody a prostředí. Tato interakce je započata již

v okamžiku početí. Z jednoho genotypu se může realizovat mnoho různých druhů fenotypů.

Dědičnost nejvíce determinuje temperamentové vlastnosti a schopnosti. Nejméně jsou geneticky ovlivněny rysy charakteru.

1.4.2.2 Vlivy prostředí

Každý člověk je spoluutvářen a ovlivňován prostředím ve kterém žije. Jedním z předpokladů úspěšnosti každého z nás je schopnost přizpůsobit se prostředí ve kterém žijeme a akceptovat normy stanovené danou společností. Začlenění každého z nás do společnosti probíhá prostřednictvím socializace.

Na vlivy prostředí můžeme nahlížet v širším kontextu. Vývoj osobnosti člověka je např. ovlivněn i přírodními klimatickými podmínkami daného prostředí a kvalitou životního prostředí. Dále bývá osobnost ovlivněna ekonomickými, politickými a kulturními podmínkami dané společnosti. Na každého z nás působí i různě velké sociální skupiny. Zpravidla nejvíce a nejzásadněji jsme ovlivněni rodinou. Rodina je primární socializační činitel. Rodina dítě vychovává, učí, předává mu normy chování. Výchova v rodině je ovšem též do určité míry podmíněna geneticky.

Osobnost je dále ovlivňována školou a dalšími vzdělávacími institucemi, včetně organizací zprostředkovávajících zájmovou činnost. Neopomenutelný je vliv vrstevníků, a také vliv pracovního kolektivu, jehož součástí se v průběhu života staneme.

1.4.2.3 Nervová soustava jako zdroj struktury a dynamiky osobnosti

Nervová soustava je centrálním řídicím systémem složitějších organismů. Nervová soustava zprostředkovává vzájemnou interakci mezi organismem a vnějším prostředím. Základní stavební jednotkou nervového systému je neuron. Neuron tvoří nervové buňky s výběžky. Nervové buňky leží vždy přímo v centrálním nervovém systému či v jeho těsné

blízkosti. Každý člověk vlastní přibližně 30 miliard nervových buněk. Výběžky neuronů mohou zasahovat i mimo centrální nervový systém. Rozlišujeme dva druhy nervových výběžků. Axony, které vedou informace odstředivě, tzn. např. od těla nervové buňky ke svalů. Naopak dendrity vedou informace dostředivě, od receptorů do těla buňky uložené v centrálním nervovém systému. Přenos vzruchu z jedné buňky do druhé je uskutečňován pomocí synapsí, což je místo kontaktů nervových buněk.

Uspořádání nervového systému je hierarchické. Řídící částí nervového systému jsou mozek a mícha, tvořící centrální nervový systém. Rozlišujeme tzv. zadní mozek, střední mozek a přední mozek. Zadní mozek je tvořen prodlouženou míchou, Varolovým mostem a mozečkem. Přední mozek tvoří mezimozek s mozkovým podvěskem, mozkové polokoule – hemisféry se systémem bazálních ganglií. Centrální nervový systém je vzájemně propojen s periferním nervovým systémem.

Část vláken periferního nervstva vede vzruchy odstředivě od buněk centrálního nervstva ke svalům. Tímto typem vláken jsou vedeny vzruchy vyvolávající smrštění příčně pruhovaných (kosterních) nebo hladkých (orgánových) svalů. Tato vlákna nazýváme vlákna motorickými. Vlákna vedoucí dostředivě od receptorů k buňkám centrálního nervstva jsou vlákna sensitivní. Tato vlákna umožňují spojení centrálního nervového systému s čidly.

Vnitřní orgány jsou řízeny autonomním nervovým systémem. Autonomní nervový systém je vzájemně propojen s centrálním i periferním nervovým systémem. Autonomní nervový systém ovlivňuje pohyb vnitřních orgánů a ovlivňuje průsvit cév. Autonomní nervy dělíme na nervy sympatické a parasympatické. Každý orgán je inervován oběmi typy. Působení sympatiku a parasympatiku je antagonistické, čímž se činnost orgánů udržuje v rovnováze.

1.4.3 Způsoby realizace psychického vývoje

Vývoj každé osobnosti probíhá ve vzájemné interakci vnitřních a vnějších podmínek a je realizován prostřednictvím zrání a učení.

1.4.3.1 Zrání

Prostřednictvím zrání dochází k naplnění genetického programu daného člověka. Zrání jedince nelze urychlit. Je možné urychlení zrání v řádu několika generací, ale urychlení zrání u konkrétního jedince není možné. Naopak, nejsou-li poskytnuty ideální podmínky, může být zrání jedince zpomalené.

Zrání je podmínkou dosažení stavu určité vnitřní připravenosti k učení, a tím i k rozvoji různých psychických vlastností (M. Vágnerová, 2000).

Zrání může být učením stimulováno, ale jak jsem již psala výše, ne urychlováno. Avšak zrání a učení působí ve vzájemné interakci. V každém věkovém období je potřebný dostatečný počet podnětů i z vnějšího prostředí.

1.4.3.2 Učení

Učení je celoživotní proces, jehož výsledkem je získávání zkušeností. Vše co není vrozeno, je naučeno. Pod vlivem určité, konkrétní zkušenosti dochází ke změnám v psychických procesech a vlastnostech. Zkušenosti získáváme většinou na základě působení sociálního prostředí. Získané zkušenosti mohou být pozitivní i negativní.

Funkcí učení je adaptace na prostředí ve kterém jedinec žije. Dispozice k učení jsou součástí inteligence, tedy vrozených podmínek. Na rozdíl od zrání se mohou výsledky zkušeností a učení nadále modifikovat. A to na základě nových, dalších zkušeností, dalšího zrání a celkového vývoje.

1.4.4 Vliv výchovy na utváření osobnosti člověka

Jak již bylo uvedeno v předchozích kapitolách, na utváření člověka má vliv mnoho faktorů. Patří sem i záměrné působení okolí na jedince nebo-li výchova. Výchova bývá definována rozdílnými způsoby. Nejčastěji je uváděno, že se jedná o záměrné formování

osobnosti člověka. V Pedagogickém slovníku z roku 2001 můžeme najít následující definici: „Proces záměrného působení na osobnost člověka s cílem osáhnout pozitivních změn v jejím vývoji.“

V pojetí J. Pelikána je výchova: „cílevědomým a záměrným vytvářením a ovlivňováním podmínek umožňujících optimální rozvoj každého jedince v souladu s individuálními dispozicemi a stimulujících jeho snahu stát se autentickou, vnitřně integrovanou a socializovanou osobností“ (J. Pelikán, 1995, s. 36).

Výchova je bohužel mnohdy chápána jako direktivní, autorativní přístup k dítěti. J. Pelikán nabízí model výchovy provázející, kdy je lidskému jedinci pomáháno „stávat se“ a „být“. Dítě není násilně usměrňováno na své cestě životem, ale je na této cestě doprovázeno, a v případě, je-li to žádoucí, je mu nabízena pomoc.

Názory teoretiků výchovy na možnosti limitů výchovy se značně liší. Někteří z nich se řadí mezi výchovné optimisty, jiní mezi výchovné pesimisty.

Působení na utváření osobnosti může probíhat třemi různými formami. Formou spontánního utváření, které nastává v případě, kdy je jedinec otevřen tomuto působení, podnět je velice silný a ovlivňuje jeho další chování a jednání. Druhým způsobem je situačně cílené utváření, jejímž cílem je ovlivnění jedince ve zcela konkrétním případě a ve zcela konkrétní situaci. Třetí formou je cílevědomé a systematické utváření osobnosti se záměrem navození trvalejších změn (J. Pelikán, 1995).

2 Těhotenství

2.1 Fyziologické těhotenství

Těhotenství je pro mnohé ženy zásadním životním zlomem. Některé z žen dokonce označují mateřství za vyvrcholení jejich ženskosti. Mnoho autorů označuje těhotenství za nejkrásnější období ženy. Některé ženy a matky bez výhrady souhlasí, jiné sarkasticky poznamenávají, že něco takového mohl říci pouze muž. Období těhotenství je samozřejmě velmi individuální záležitostí a na jejím průběhu se podílí mnoho faktorů. Osobnost ženy, její zdravotní stav, věk, aktuální socioekonomické postavení, to zda bylo těhotenství žádoucí či ne, jaké má žena rodinné zázemí, vztah s otcem dítěte, zda se jedná o těhotenství první či již několikáté. V ideálním případě se jedná o těhotenství plánované, zastihující ženu v optimální životní situaci.

Těhotenství nastává v okamžiku oplodnění vajíčka spermií a je ukončeno, v nejpříznivějším případě, porodem plodu v 40. týdnu těhotenství. Za donošené těhotenství se považuje porod v období v rozmezí 38 až 42 týdnů od poslední menstruace, tedy přibližně 36 až 40 týdnů od početí. Délka těhotenství se vypočítává od poslední menstruace. Těhotenství je možno rozdělit do tří, nestejně dlouhých období, tzv. trimestrů. První trimestr trvá od početí do 12. týdne, druhý od 13. týdne těhotenství do 28 týdne a třetí od 29. týdne do porodu.

Příprava ženy na těhotenství by měla být započata již několik měsíců před plánovaným otěhotněním. Odborníci mluví o prekoncepční péči. Prekoncepční péče by měla být uskutečňována nejen ze strany ženy, ale i ze strany jejího partnera a také ze strany lékaře, případně privátní porodní asistentky dané ženy.

Příprava ženy na těhotenství by měla probíhat zejména v rovině úpravy životosprávy. Žena by měla být v nejpříhodnější fyzické i psychické kondici. Měla by mít vyvážený jídelníček, jíst v pravidelných intervalech, mít optimální hmotnost. Tedy vyvarovat se jak nadváhy či dokonce obezity, tak i podvýživy. Obezita koreluje velmi často s mnohými těhotenskými obtížemi a komplikacemi v průběhu porodu. Naopak i

nedostatek podkožního tuku je velmi častou příčinou neplodnosti a vyššího rizika pro vývoj těhotenství. Žena by měla mít dostatek spánku, vyvarovat se návykovým látkám, včetně většího množství kávy, černého či zeleného čaje. Měla by být pozitivně psychicky naladěna, mít dobré rodinné zázemí, vzájemně respektující partnerský vztah, stabilní finanční zabezpečení rodiny. Na správnou životosprávu by měl dbát i budoucí otec.

Před plánovaným těhotenstvím je doporučována preventivní prohlídka u lékaře. V případě výskytu genetických vad v rodině se doporučuje i genetické vyšetření na specializovaném pracovišti. V rámci prekoncepční péče se doporučuje užívat alespoň tři měsíce před otěhotněním některé potravinové přípravky, zejména je doporučováno přijímání dostatečného množství kyseliny listové, která snižuje výskyt defektů neurální trubice.

Dodržování správných zásad životosprávy platí samozřejmě i po otěhotnění. Těhotná žena by se měla bez výjimky vyhnout působení nebezpečným škodlivým látkám a snažit se snížit riziko kontaktu s virovými infekcemi na minimum. V případě, že je její pracoviště z tohoto pohledu rizikové, má právo být přeložena na jinou pracovní pozici.

Těhotenství pozná mnoho žen intuitivně i krátce po početí. Jejich pocity lze věrohodně potvrdit přibližně v období kolem očekávané menstruace pomocí běžně dostupných těhotenských testů, či u lékaře pomocí stanovení hladiny lidského choriového gonadotropinu (hCG) v krvi, či ultrazvukovým prokázáním plodového vejce v dutině děložní.

V průběhu prvního trimestru začne organismus reagovat na bouřlivé hormonální změny, které nastaly v okamžiku oplodnění. Na základě vlivů humorálního systému nastávají četné fyzické, ale i psychické změny. Dochází ke zrychlení metabolismu, zvyšuje se rychlost srdeční akce, zrychluje se dech. Naopak relaxuje svalstvo, peristaltika střevní se zpomaluje. Prsa se zvětšují a bývají velmi citlivá na dotyk. Pigmentace prsních bradavek se zvyšuje. Samozřejmě se zvětšuje také děloha. Nahmatat dělohu lze přibližně na konci prvního trimestru, kdy již děložní fundus přesahuje nad sponu stydkou. Některé ženy trpí ranními či dokonce celodenními nevolnostmi. Často ženy reagují citlivě na různé pachy. Váhový úbytek v této fázi těhotenství je běžný. Jiné z žen uvádějí naopak výrazné zvýšení apetitu, časté pocity hladu a potřebu zvýšeného příjmu potravin.

V období prvního trimestru obvykle proběhne první kontrola u gynekologa, jejímž cílem je potvrzení těhotenství a vyloučení mimoděložního těhotenství. V současné době velká část žen absolvuje mezi 11. - 14. týdnem tzv. kombinovaný screeningový test vrozených vývojových vad plodu. Jedná se o kombinaci biochemického vyšetření séra matky a ultrazvukového vyšetření plodu. Toto vyšetření je přesnější než plošně prováděné vyšetření v 16. týdnu. Je zde výrazně vyšší detekce vývojových vad plodu a nižší falešná pozitivita než u vyšetření v 16. týdnu.

Druhý trimestr bývá někdy označován jako období relativního klidu. Těhotenské nevolnosti, které mohly ženu obtěžovat a vysilovat na počátku těhotenství, již zpravidla vymizely a břicho ještě není natolik velké, aby ženu omezovalo v pohybu. Nejčastěji mezi 18. až 20. týdnem těhotenství ucítí žena první pohyby plodu. Vícerodičky cítí tyto pohyby obvykle dříve, ženy těhotné prvně, později. Břicho se zvětšuje. Nadále se zvyšuje i pigmentace, objevuje se pigmentová čára vedoucí od pupíku ke sponě stydké, tzv. linea fusca. U některých žen začínají bradavky již vylučovat kolostrum. Některé ženy trápí zažívací obtíže, zejména tzv. pálení žáhy či zácpa. Jiné ženy si stěžují na bolesti v oblasti zad, obzvláště na křížové bolesti. Důležitá je v těchto případech prevence. Správná životospráva, doporučené cviky na posilování zádových svalů, vhodná obuv.

Ve třetím trimestru dochází k výraznému růstu dělohy. Váhový přírůstek je též větší. V důsledku těchto změn je žena unavenější, hůře se jí spí. Vlivem působení hormonů dochází k uvolňování vazů v oblasti pánve a mnohé ženy uvádějí, že se jim hůře chodí. Děloha utlačuje velké cévy, což způsobuje velmi často i problémy s žilním systémem dolních končetin. Stále se zvětšující děloha tlačí i na bránici a těhotné se hůře dýchá. Velmi často se objevují problémy s vysokým krevním tlakem a špatnou propustností cév, projevující se výraznými otoky, zejména v oblasti dolních končetin. Některé ženy již i ve velkém předstihu před samotným porodem pociťují stahy dělohy, tzv. poslíčky.

V tomto období by žena již měla být rozhodnuta, kde bude rodit. V případě, že bude rodit v nemocnici, je vhodné, aby se seznámila s prostředím, domluvila se na svém porodním plánu. Většina maminek má již dlouho před koncem těhotenství připravené věci na miminko, vybrané jméno pro novorozence, případně přichystanou i tašku do porodnice. Na placenou mateřskou dovolenou může těhotná žena nastoupit v období šesti až osmi týdnů před plánovaným termínem porodu. Kontroly u lékaře či porodní asistentky jsou

nyní častější. V posledním měsíci před plánovaným termínem porodu dokonce každý týden, případně, dle potřeby i častěji.

S těhotenstvím přichází změna i v sociálním postavení ženy. Většina žen opouští alespoň dočasně svou pracovní pozici a nastupuje na mateřskou, později rodičovskou dovolenou. Stává se finančně závislou na svém partnerovi. Pro některé ženy je tato situace velmi nepříjemná a negativně se může odrážet na jejich psychickém stavu.

Těhotenství přináší i určitou renesanci vztahu těhotné ženy k její matce. Vlastní přerod v matku zintenzivňuje emoce a pocity k vlastní matce. Pozitivní i negativní. Pokud se tomu nestalo již před otěhotněním, je vhodné alespoň v tomto období vyřešit případné konflikty či pocity ublížení s vlastní matkou. Jejich vzájemný vztah se totiž odráží na utváření postoje těhotné ženy k mateřství a rodičovství. Vlastní matka by měla být pro těhotnou ženu oporou a v ideálním případě i kladným vzorem.

2.1.1 Psychika ženy v průběhu těhotenství

Těhotenství, i v případě, že bylo plánované, představuje pro ženu velkou psychickou zátěž. Na psychické stabilitě či naopak labilitě ženy se podílí mnoho faktorů. Osobnost ženy, kvalita partnerského vztahu, rodinné zázemí, zdravotní stav, věk, vzdělání, ekonomická a bytová situace rodiny. Ale i skutečnost, zda se jedná o první či již několikáté těhotenství, dokonce i roční období může ovlivnit psychiku. Je zcela obvyklé a normální, že emoční prožitky ženy se v průběhu těhotenství mění. V současné době je již všeobecně známé, že emoční ladění ženy působí i na plod. Je proto důležité, aby těhotenství zastihlo ženu v dobré psychické kondici. Špatný psychický stav působí nejen na plod, ale i na somatické zdraví ženy a na průběh těhotenství.

V průběhu těhotenství se střídá několik vln nadšení, obav, úzkostí či euforie. Jedná se o zcela individuální záležitost a je proto velmi těžké nějak generalizovat. Přesto lze obecně vystihnout jaké obavy a otázky přinášejí pro ženu jednotlivé fáze těhotenství.

Na začátku těhotenství, po potvrzení gravidity, se velmi často dostávají značně ambivalentní pocity. Radost i obava či dokonce strach, a to i v případě, že bylo těhotenství plánované a chtěné. Ženy si kladou otázku, zda těhotenství zvládnou. Obávají se o své těhotenství, mají strach z potratu. Tyto obavy se stupňují u žen, které již někdy samovolný potrat prodělaly, či se dlouhodobě léčily z neplodnosti. Žena si může klást i otázku, jak partner přijme její těhotenství. Někdy se dostavuje smutek z nepřilíš výrazné reakce ze strany partnera. Část žen se může obávat ztráty partnera, některé si připadají značně neatraktivní. Objevují se i obavy z toho, zda žena zvládne svou novou roli, zda bude dobrou matkou.

Druhý trimestr bývá hormonálně stabilní, což se pozitivně projevuje i na psychice ženy. Těhotná se v tomto období cítí většinou dobře po stránce tělesné i duševní. Žena se těší ze svého těhotenství a stále se zvětšujícího břicha, navazuje kontakty s jinými matkami, sbírá zkušenosti, rady. Představuje si své ještě nenarozené dítě, vybírá pro něj jméno, plánuje společnou budoucnost.

Koncem těhotenství se stále více vyskytují obavy z průběhu porodu. Ženy si kladou otázky, jak bude porod probíhat, zda porod zvládnou, zda se dítě narodí zdravé. Někdy se objevuje strach z bolesti, obavy ze ztráty intimity. Některým ženám se zdá těhotenství již příliš dlouhé, těší se na porod a zároveň se ho i obávají. Objevují se i existenční obavy a otázky, zda rodina zvládne zvýšenou finanční zátěž.

V případě, že jsou psychické obavy výrazné a časté, je vždy vhodné vyhledat odborníka. Mnohým ženám pomůže i psychoprofylaktická péče probíhající buď u privátních porodních asistentek nebo na porodnických odděleních jednotlivých nemocnic.

2.1.2 Důsledky postoje ženy k těhotenství a mateřství

V těhotenství dochází ke změnám nejen tělesným, ale jsou patrné změny i v oblasti psychiky. Dochází k četným ambivalentním pocitům. Tyto změny nálad jsou naprosto normální. Občasné obavy, ale i drobné, každodenní stresy, jsou běžnou součástí každého jedince a dle výzkumů tyto stresy negativně neovlivňují duševní život nenarozeného dítěte.

V případě, že je však dítě negativně přijímáno či je matka v průběhu svého těhotenství vystavena dlouhodobě nějaké tíživé duševní situaci, může se tato situace již záporně projevit na psychickém vývoji dítěte.

Postoj ženy k těhotenství a mateřství, ale i otce k rodičovství se vyvíjí již od útlého dětství. V podstatě veškeré události a získané životní zkušenosti formují náš postoj k rodičovství. V našich postojích nás ovlivňuje to, jaké jsme sami prožili dětství, jak k nám přistupovali rodiče a ostatní členové rodiny, zda jsme vyrůstali v harmonickém, milujícím prostředí, či naopak v konfliktním, disharmonickém. Z. Matějček považuje tyto počáteční fáze formování rodičovských postojů za nejdůležitější (Z. Matějček, 1986).

Náš vztah utváří i naše širší sociální zkušenosti. Pro postoj k rodičovství je samozřejmě velmi důležitá i kvalita partnerského vztahu. Vyrovnaný a respektující vztah ovlivňuje postoje k těhotenství pozitivněji než vztah konfliktní, bez vzájemné úcty. Důležitá je též osobní vyzrálost. Více než kdy jindy, nemůže být zde opomenut i značný vliv socioekonomického postavení budoucích rodičů. Bohužel i neuspokojivá ekonomická situace rodiny, nezaměstnanost, nevyřešená bytová otázka, se mohou negativně projevit na aktuálních rodičovských postojích.

Důležitá je osobní vyzrálost a identifikace s ženskou rolí. Při identifikaci s ženskou rolí je opět velmi důležitý vliv a vzor rodiny, v které žena vyrůstala. Podstatný je zejména vliv matky těhotné ženy.

Postoj matky k těhotenství predikuje její vztah k dítěti, představy o jejím dítěti a společné budoucnosti, ale také průběh těhotenství a porodu. Dnes je již známé, že její postoj také ovlivňuje budoucnost dítěte.

Jak bylo několikrát v této práci uvedeno, je v současné době již prokázané, že matka v průběhu těhotenství působí na své dítě. Svými emocemi a myšlenkami ovlivňuje emoční inteligenci dítěte. Výsledky dlouhodobých výzkumů prokazují, že lidé, jejichž matky si těhotenství velmi přály a toužebně očekávaly narození svého dítěte, byli v průběhu života vyrovnanější než lidé, jejichž narození nebylo zcela pozitivně očekáváno. Již okolo 7. měsíce prenatalního vývoje je nervová soustava plodu natolik vyzrálá, že dítě dokáže rozpoznat pocity matky a dokonce na ně i reagovat. Již v 70. letech dr. Denis Stott

usoudil na základě svých mnohočetných výzkumů, že duševní rozpoložení dítěte po narození i v následujících letech je obrazem emočního naladění matky v průběhu těhotenství (T. Verny, 1981).

Čeští psychologové Z. Matějček a J. Langmeier realizovali v 60. letech studii (Z. Matějček, 1986) v níž sledovali vliv rodičovských postojů na úspěšnost dětí. Zkoumány byly děti, jejichž matky vynaložily na začátku těhotenství značné úsilí o to, aby bylo těhotenství ukončeno. Žádaly o přerušení těhotenství u interrupční komise, a po zamítnutí této žádosti se odvolaly ke komisi krajské, kde byla jejich žádost opět zamítnuta. Jednalo se o vzorek 445 žen. Některým z těchto žen bylo dodatečně povoleno umělé přerušení těhotenství, některé potratily samovolně. Narozeno bylo 316 dětí. Někteří rodiče po narození svých dětí účast na výzkumu již odmítli, někteří se odstěhovali mimo území hlavního města Prahy, kde studie probíhala. Několik dětí bylo z výzkumu vyřazeno z důvodů adopce, zdravotního handicapu, úmrtí či nezájmu rodičů. Konečný výzkumný vzorek čítal 220 dětí. K těmto dětem byly přiřazeny děti „kontrolní“ skupiny. Jednalo se vždy o dítě ze stejné školní třídy, přibližně stejného socioekonomického pozadí, vzdělání rodičů, stejného sourozeneckého prostředí, stejné úrovně inteligenčního kvocientu, přibližně stejné porodní hmotnosti a délky. Přestože výchozí parametry byly téměř totožné, tak byly zjištěny rozdílné psychosociální podmínky. Rodiče s nechtěným dítětem projevovali menší zájem o školní povinnosti dítěte, méně spolupracovali se školou. Sociální pracovníce udávaly, že rodiče nechtěných dětí projevovali více sebevědomí ve vzájemném styku s nimi, avšak méně ochoty ke vzájemné spolupráci. Mezi těmito rodiči bylo i větší procento těch, kteří měli negativní vztah ke svému partnerovi. Po narození nechtěného dítěte se rozešlo dvojnásobné množství rodičů těchto dětí na rozdíl od rodičů dětí chtěných. Opoždění nechtěných dětí ve vývoji tělesném a psychickém nebylo zjištěno.

Matky, které dítě nechtěly, začaly chodit do prenatální poradny později a méně často, než matky, které hodnotily své těhotenství jako žádoucí. Ovšem tyto matky s nechtěným těhotenstvím měly v průběhu těhotenství, porodu i šestinedělí méně komplikací než matky s chtěným těhotenstvím. Autoři tuto skutečnost vysvětlují tím, že ve skupině kontrolní bylo mnoho žen s rizikovým těhotenstvím a několik žen, které měly problémy s otěhotněním. Tyto ženy měly poté více zdravotních komplikací, byly více sledovány a také se více soustředily na svůj zdravotní stav.

Porodní váha a výška dětí z obou skupin byla shodná, nebyly shledány žádné výrazné rozdíly v psychomotorickém vývoji. Počátek života po narození byl tedy u obou skupin dětí shodný, či alespoň velmi podobný. Avšak nechtěné děti byly v menším počtu a kratší dobu kojeny. V somatickém vývoji nebyly v průběhu studie shledány výraznější rozdíly. Pouze, což je zajímavé, byla u nechtěných dětí opakovaně shledána vyšší hmotnost, než u dětí chtěných. Tato skutečnost byla dávána do souvislosti s přejídáním v důsledku psychické deprivace. Inteligenční kvocient byl v podstatě shodný, avšak i při stejné vrozené schopnosti, měly nechtěné děti horší školní výsledky než děti chtěné.

Lze tedy shrnout, že výsledkem této studie bylo zjištění, že těhotenství u žen s nechtěným těhotenstvím neprobíhalo hůře než u žen s těhotenstvím chtěným. Ba naopak měly méně komplikací. Start do života lze hodnotit u obou skupin jako stejný. V průběhu dětství se již ale hůře dařilo dětem nechtěným oproti dětem chtěným (Z. Matějček, 1986).

Vlivem postoje matky k těhotenství na životní úspěšnost dítěte se zabývala také lékařka M. Lukeshová z frankfurtské univerzity. Zkoumala více než 2000 žen a jejich dětí. Porovnávala ženy z přibližně stejného socioekonomického prostředí, stejné inteligence, průběhu těhotenství, avšak s rozdílným postojem k těhotenství a k nenarozenému dítěti. Zjistila, že děti, které pocházely z žádoucích těhotenství vedly spokojenější a úspěšnější život, než děti z těhotenství nechtěného (T. Verny, 1981).

Ještě propracovanější studii realizoval Dr. Bernard Rottmann ze salzburské univerzity v Rakousku. Doktor Rottmann zkoumal skupinu 141 žen, které rozdělil do čtyř skupin. Jedna skupina žen se z těhotenství velmi těšila, další skupina žen byla protipólem žen skupiny první. K těhotenství přistupovaly značně negativně. Ve třetí skupině byly ženy, které sice vypadaly jako spokojené, ale vnitřně prožívaly velmi ambivalentní postoje ke svému těhotenství. Poslední skupinou byly tzv. „chladné“ matky. První skupina žen, která se z těhotenství velmi těšila, prožívala poklidné těhotenství, tak i porod byl bez komplikací. Děti z těchto těhotenství byly zdravé, emocionálně vyrovnané. U žen, které byly negativně naladěny, bylo v průběhu těhotenství zaznamenáno největší množství komplikací, patologií, předčasných porodů. Tyto děti měly i později zdravotní problémy. Děti, narozené ženám s ambivalentními postoji, měly po porodu velmi často poruchy chování a zdravotní obtíže, zejména v oblasti gastroenterologické, projevující se

pravidelnými ataky zažívacího systému. Děti matek „chladných“ byly označovány za apatické a letargické (T. Verny, 1981).

Dr. Verny dokonce uvádí, na základě své studie z roku 1979, že je patrná významná korelace mezi postojem matky ke svému nenarozenému dítěti a sexuálním chováním tohoto dítěte v dospělosti. Čím více bylo dítě očekáváno a matka na příchod dítěte pozitivně naladěna, tím větší byl předpoklad, že její dítě zaujme v dospělosti zdravý a zralý přístup k sexuálním životu. Velmi se do této korelace též promítá celkový přístup ženy k těhotenství. Pokud se žena těšila nejen ze svého dítěte, ale též měla i pozitivní přístup k těhotenství, zvyšovala tím předpoklad pro optimální osobní rozvoj dítěte. Lidé, narození z těchto těhotenství významně méně zužovaly deprese a byli emocionálně vyrovnanější (V. Marek, 2002).

V dalších výzkumech byla zjištěna i významná korelace mezi zneužíváním návykových látek a neurotickým chováním. Dr. Verny zkoumal působení kouření a alkoholu na psychiku jedince. U osob, které byly vystavovány v průběhu prenatálního života vlivům kouření a alkoholu, se po narození objevuje více neurotického chování než u jedinců, jejichž matky nezneužívaly v průběhu těhotenství návykové látky. V případě zneužívání alkoholu, ale poukazuje Verny na skutečnost, že alkohol zneužívá pravděpodobně žena, která má sama duševní problémy. A tyto její negativní emoce se samozřejmě podílejí na vývoji osobnosti.

T. Verny také poukazuje na vzájemnou souvislost mezi subjektivními pocity v děloze a sexuálním chováním v dospělosti: „Zjistili jsme, že lidé, kteří si vzpomínali na zážitky hrůzy v děloze, se cítili sexuálně výrazně nejistější a byli náchylnější ke vzniku sexuálních problémů, než jednotlivci, kteří si na pobyt v děloze vzpomínají jako na dobré a klidné místo, byli sexuálně lépe přizpůsobení“ (V. Marek, 2002, s. 79). T. Verny předpokládá, že sexuální preference a záliby konkrétního člověka jsou predikovány tím, jak se jako plod cítil v děloze. Předpokládá, že osoba společenská, přátelská a vyrovnaná se bude vyrovnaně a spokojeně cítit i ve svém sexuálním životě. Naopak člověk, který je nespokojený a nevyrovnaný, se takto bude projevovat i v oblasti sexuální.

Verny též na základě svých výzkumů došel k závěru, že u dětí žen, které v průběhu těhotenství držely přísné redukční diety, je větší výskyt poruch příjmů potravy. Nejčastěji se jednalo o obezitu. Pravděpodobně je u nich zakódován strach z nedostatku jídla.

Vlastimil Marek poukazuje ve své knize Nová doba porodní na zkušenost Dr. Petera Fedor- Freybergha, profesora porodnictví a gynekologie na universitě v Uppsale ve Švédsku: „Všechno začalo velmi dobře, vyprávěl Peter. Kristýna se narodila jako silné, zdravé dítě. Potom se stalo něco divného. Miminka, která jsou s matkou citově spojená, vždy hledají její prs. Ale Kristýna to z nevysvětlitelných příčin nedělala. Vždy, když ji matka přiložila k prsu, odvrátila hlavičku. Zpočátku si Peter myslel, že je asi nemocná. Ale když Kristýna v novorozeneckém pokoji hltavě vypila láhev mléka, usoudil, že její reakce je dočasnou anomálií. Ale nebyla. Když ji druhý den přinesli do pokoje matky, znovu její prs odmítla. Situace se opakovala několik dalších dní. Peter, zneklidněný tímto případem, navrhl důmyslný experiment. Jedné ze svých pacientek řekl o záhadném chování Kristýny a ona souhlasila, že se dítě pokusí nakojit. Když sestra položila spící Kristýnu do její náruče, dítě neodvrhlo její prs, jako to udělalo své matce, ale dychtivě se ho chopilo a začalo silně sát. Její reakcí byli všichni překvapeni. Druhý den navštívili matku Kristýny a Peter jí řekl, co se stalo. Zeptal se: „Jak si vysvětlujete, že dítě takto reagovalo?“ Žena odpověděla, že neví. Ptal se jí dále: „Byla jste během těhotenství nemocná?“ „Ne, vůbec ne,“ odpověděla. Potom se jí Peter zeptal přímo: „A chtěla jste vůbec mít dítě?“ Žena se na něho podívala a odpověděla: „Ne, nechtěla jsem, chtěla jsem potratit. Dítě chtěl můj manžel, proto jsem ho měla.“ Pro Petra to byla novinka, ale ne tak pro Kristýnu. Novorozené děvčátko si bolestně uvědomovalo, že její matka ji už dlouhou dobu nechce. Protože její matka odmítala tuto vazbu před narozením, ona ji odmítala po narození. Kristýna byla v děloze emocionálně zavržovaná a nyní, sotva čtvrtý den života, se rozhodla chránit před matkou tak, jak jen uměla“ (V. Marek, 2002, s. 79-80).

Již z období první poloviny 40. let je velmi zajímavá studie dr. Lestera W. Sontaga, který zkoumal, jak se vyvíjí osobnost nenarozeného dítěte matky, která je ve velkém stresu, jelikož její muž je ve válce a ona se obává o jeho život. Vypozoroval, že ženám, které byly vystaveny tomuto stresovému působení, se rodily neklidné děti. Emocionální stránka nenarozeného dítěte byla narušena abnormálním přílivem neurohormonů, které matka produkovala na základě dlouhodobého stresu. Tyto hormony působily jak na psychický, tak somatický systém nenarozeného dítěte (T. Verny, 1981).

2.2 Otec je také součástí

Odborníci většinou hovoří o vytváření vztahů mezi matkou a dítětem, a o tom, jakým způsobem postoj ženy k mateřství ovlivňuje budoucnost jejího dítěte. Velmi významná je ovšem také role otce. A to již v průběhu těhotenství. Bereme-li v úvahu, že postoj otce působí i na formování postoje ženy, tak už i v době před otěhotněním. Otec dítěte, svými postoji, tím, zda těhotenství své partnerky přijímá radostně či záporně, působí na prožívání těhotenství své ženy. Pozitivně i negativně. Otec dítěte může tedy na duševní život dítěte působit prostřednictvím své partnerky, matky dítěte, a pak nepochybně svou aktivní komunikací s nenarozeným dítětem.

Vztah k otcovství, se stejně jako u ženy, formuje již od počátku jeho duševního života. I zde má na formování těchto postojů největší vliv působení a vztahy v rodině, z které muž pochází. V posledních letech nastala mírná změna v roli otce a partnera. Zatímco dříve byli muži spíše pasivní, tiší pozorovatelé těhotenství své partnerky, v dnešní době je již obvyklé, že muži těhotenství své partnerky více spoluprožívají a aktivněji se připravují na svou rodičovskou roli. Ještě v osmdesátých letech minulého století bylo výjimkou, pokud se muž zúčastnil společně se svou ženou nějaké psychoprofylaktické přípravy k porodu, natož porodu samotného. Dnes je jejich účast naprosto běžná a nikoho již nepřekvapuje. V menšině jsou dokonce muži, kteří nedoprovází svou ženu k porodu a nejsou přítomni zrození jejich společného dítěte.

Vlivem otce na plod se zabývají i mnozí perinatální psychologové. Např. doktorka Lukeschová (T. Verny, 1981) potvrzuje na základě vyhodnocení výsledků svých výzkumů, že vliv otce je velmi významný. Zdůrazňuje zejména vliv kvality partnerského vztahu muže s matkou dítěte. Vztah matky k dítěti je na základě jejich výzkumů, dle očekávání mezi vlivy působící na plod nejvýznamnější, ale partnerský vztah uvádí jako druhý nejvýznamnější.

I další odborníci zdůrazňují důležitost partnerských vztahů. Někteří dokonce pokládají nekvalitní partnerský vztah za příčinu zdravotních a psychických obtíží dítěte. Verny uvádí, že u ženy, žijící v nevyhovujícím partnerském vztahu, lze očekávat oproti ženě žijící v optimálním partnerském vztahu až 2,37 x vyšší riziko, že přivede na svět

psychicky nebo fyzicky narušené dítě. Někteří další, např. doktor. Stott soudí, že nekvalitní partnerský vztah představuje pro plod významně vyšší riziko než somatické onemocnění matky (T. Verny, 1981).

Hlavní úloha muže, budoucího otce spočívá v tom, být oporou své partnerce, matce dítěte. Mají společně budovat cestu ke svému rodičovství a stabilnímu a harmonickému rodinnému zázemí. Muž by se měl aktivně zajímat o pocity a prožitky své ženy, zároveň se s ní podělit o své, včetně různých obav, a společně řešit a plánovat blízkou budoucnost.

Muž může svou ženu doprovázet na některá vyšetření. Mnozí otcové uvádějí, že přítomnost na ultrazvukovém vyšetření, kdy mohli prvně spatřit své dítě, jeho životní projevy, tlukot srdce, jeho obličej, byl pro ně velký zážitek. Často říkají, že až od té doby si začali plně uvědomovat, že budou otcí. Dalším významným mezníkem je období, kdy jsou zřetelné pohyby plodu, a i budoucí tatínek může pocítit, jak se jejich společný potomek aktivně pohybuje a projevuje. Velmi silným a emotivním zážitkem je pro většinu mužů porod jejich partnerky. Tento moment bývá hodnocen jako významný při utváření rodičovských postojů k danému dítěti. Zkušenosti potvrzují, že žena, které se dá bezprostředně po porodu její dítě do náruče, už své dítě neopustí. Lze se domnívat, že toto platí i mužů.

Kontakt se svým dítětem má možnost otec navázat již v průběhu těhotenství. Může mluvit na své nenarozené dítě, které ho již od druhé poloviny těhotenství slyší. Dítě již vnímá i emocionální zabarvení hlasu otce. Výzkumy prokazují, že dítě reaguje na hlas otce již v prvních hodinách po narození. Samozřejmě za předpokladu, že otec na dítě mluvil již v průběhu jeho prenatální vývoje. Další možností je komunikace prostřednictvím doteků. Tatínek se může dotýkat břicha své partnerky, hladit ho, obejmout zezadu partnerčino břicho, lehce s ním zahýbat, snažit se nahmatat a určit polohu dítěte. A přitom na něj mluvit, zpívat mu nebo s ním být alespoň v myšlenkách. Tyto společné chvíle jsou důležité i pro rozvoj a posilování partnerského vztahu.

Většinou je zdůrazňováno, že muž má být oporou své partnerce, brát ohled na její emoce, mít pochopení pro její obavy, aktivně jí pomáhat. Je však nutné si uvědomit, že i pro muže je jeho příprava na novou roli velmi náročná a přináší mu mnohé otázky a obavy. Muž si může klást otázku, zda je správná doba pro to, stát se nyní otcem, zda není příliš

mladý či starý. Zda je vhodná jejich socioekonomická situace, zda zvládne rodinu uživit a udržet alespoň přiměřený standart. Jestli bude dobrým otcem, bude-li mít dostatek trpělivosti a pochopení. Zda bude dobrým partnerem své ženě, nakolik se změní jejich vztah. Obává se, zda bude mít dostatek času nejen pro svou rodinu, ale i pro své zájmy. Strachuje se o zdraví své ženy i o zdraví jejich nenarozeného dítěte. Má starosti, jak bude žena zvládat a prožívat těhotenství a porod, následnou péči o dítě. Toto období je tedy náročné pro oba partnery. O to více je důležitá jejich vzájemná podpora a schopnost otevřeně mluvit o svých obavách, společně řešit vzniklé komplikace a vzájemně se těšit z jejich očekávaného dítěte.

2.3 Embryonální vývoj a vývoj plodu

V prenatálním období rozlišuje tři fáze: období blastemové, embryonální a fetální.

2.3.1 Období blastemové

Toto období je tvořeno oplodněním, uhnížděním blastocyty a vytvořením tří zárodečných listů. Trvá od okamžiku splynutí spermie a vajíčka až do prvního srdečního ozvu, tedy přibližně 3 týdny.

V okamžiku splynutí ženských a mužských pohlavních buněk, vajíčka a spermie, vzniká zygota, tedy oplodněné vajíčko. Zygota již obsahuje genetický základ, z poloviny zděděný od matky, z poloviny od otce. Zygota se nadále v dvanácti- až patnáctihodinových intervalech dělí. Asi třetí den po oplodnění se jedná o shluk 16 buněk, nazývaný morula. Během dělení se oplodněné vajíčko postupně posunuje vejcovodem směrem do dělohy, kam asi šestý den po ovulaci, coby blastocysta doputuje, a nastává nidace a implantace do děložní sliznice. Z části blastocyty se vyvine zárodečný terčík, který je základem embrya. Od třetího týdne od oplodnění nastává organogeneze. Celý děj je doprovázen bouřlivými hormonálními změnami. Toto období, tedy období prvních tří týdnů, je nazýváno obdobím blastogeneze.

2.3.2 Embryonální vývoj

Období embryogeneze začíná tvorbou prvosegmentů kolem 22. týdne po oplodnění (Maršál, 1999). Z třívrstvého zárodečného terčíku se tvoří základy všech orgánů. Jedná se o tři vrstvy buněk, označované jako ektoderm, mezoderm a entoderm.

Z entodermu se později vytvoří plíce, žaludek, zažívací trakt s játry, žlučníkem a žlučovými cestami, slinivka břišní, štítná žláza. Z mezodermu vznikají svaly, včetně srdce, kostra, lymfatická tkáň, reprodukční systém a močový trakt. Z této prostřední vrstvy jsou tvořeny i ledviny, slezina, krevní cévy a krevní buňky a dermis, nejhlubší vrstva kůže. Z ektodermu vzniká nervový systém, kůže, nehty, vlasy, potní žlázy, oči, uši, nos, dutina ústní, konečník, zubní sklovina, hypofýza, prsní žlázy a bradavky.

20. den po oplodnění

Zárodečný terčík je oválný, cca 2mm dlouhý. Je založen již základ srdce s aortami.

4. týden od oplodnění

Plodové vejce měří přibližně 2 cm, embryo je dlouhé asi 8 mm. Je patrná rozdílná horní a dolní část zárodku. Na horní části je žebrovitý útvar, z kterého se postupně vyvinou čelisti, krk a obličejová část. Jsou patrné základy pro oči, uši, nos. Také jsou patrné základy končetin.

Na zadní části embrya je patrná tmavá skvrna značící budoucí míchu.

8. týden od oplodnění

Končetiny, trup a obličej se vyvíjejí. Obličej dostává svůj tvar. Oči jsou však od sebe vzdálené. Je patrná pigmentace očí, tvoří se části uší, vytvářejí se chuťové pohárky. Jsou již zárodky mléčných zubů.

Vyvíjejí se primitivní základy kostí. Začínají se utvářet obratle, žebra, formují se svaly. Jejich povrch pokryje kůže, brzy se objeví i potní a mazové žlázy. Z vlasových folikulů vyrůstají chloupky.

Na končetinách jsou zřetelné jednotlivé prsty. Horní končetiny se vyvíjejí rychleji než končetiny dolní. Končetiny se prodlužují. Na horních končetinách je již zřejmý loket, na dolních končetinách kolena.

Na konci 7. týdne vývoje embrya lze již pomocí ultrazvukového přístroje zachytit první pohyby. Embryo již reaguje na dotek. Okolo 8. týdne jsou již patrné obranné pohyby. Lehký dotek např. na obličej způsobí, že již toto embryo odvrátí hlavu.

Vyvíjí se též mozek.

Srdce získává konečnou podobu a bije. Srdeční frekvence je 140-150 úderů za minutu.

V těle cirkuluje krev. Jsou utvořeny již všechny orgány.

Ze žloutkového váčku vznikají červené krvinky.

Začíná fungovat placenta, jejímž úkolem je zásobovat plod živinami a kyslíkem.

Na konci 8. týdne je embryo velké asi 4 cm a váží přibližně 3 g.

Stádium embryonální je velmi citlivé na působení různých škodlivých látek. Ať už návykových – drog, alkoholu, farmak, působení rentgenového záření, virového onemocnění, mechanického poškození. Může dojít k nevratnému poškození embrya, projevující se v dalších obdobích ve formě různých malformací, anomálií, retardací apd.

Embryogeneze je ukončena v 10. týdnu od oplodnění, tedy přibližně v 12. týdnu těhotenství.

2.3.3 Fetální vývoj

Na počátku fetogeneze je ontogeneze hlavních orgánů již dokončena. Začíná období charakterizované růstem a zráním.

12. týdnů od početí

V porovnání se zbytkem těla je hlava velká a dosahuje přibližně jedné třetiny celkové délky plodu.

Geneze očí je dokončena, pouze oční víčka jsou stále ve vývoji a zůstávají zavřena. Jinak je obličejová část již kompletně vytvořena. Rozvíjí se čich.

Dochází k napřimování trupu a lze spatřit již kosti tkáň a žebra.

Na koncích prstů jsou nehty. Tělo pokrývají jemné chloupky. Dochází k diferenciaci vnějších genitálií. Jsou patrné zárodky trvalých zubů.

Plod se již aktivně pohybuje, škube celým tělem, ohýbá dolní i horní končetiny. Velmi často si cucá prsty na ruku i na nohu. Některé děti se dokonce rodí i s mozoly na prstech, způsobené častým a intenzivním sáním.

Délka plodu od temene po kostrč je přibližně 9 cm a váha plodu 48 g.

16 týdnů od početí

Plod má stále více lidskou podobu. Nastává proporcionální vyvážení. Kostí se stále tvoří. Dochází ke zdokonalování nervového systému. Jsou vytvořeny i základní reflexy. Při podráždění na víčkách dítě mrkne, při stimulaci na rtech začne sát. Do této doby reagoval plod na podráždění celým tělem.

Krevní řečiště lze spatřit přes průhlednou kůži plodu.

Pomocí ultrazvukového vyšetření lze již zjistit pohlaví plodu. Oblast genitálií je citlivá. Dokonce je ultrazvukem prokazatelná erekce plodu již v 16. týdnu těhotenství. Tato vzrušivost bývá způsobena nejčastěji orální aktivitou – sáním prstů.

Tvoří se chuťové pohárky. Okolo 16. týdne jsou oči plodu vyvinuté natolik, že dokáží rozpoznat světlo a tmu přes břišní stěnu. Avšak oční víčka zůstávají zavřená až přibližně do 26. týdne. I přesto jsou zavřené oči velice citlivé na přímé sluneční světlo. Reagují otočením, odvrácením pohledu jiným směrem. Přímé světlo působí na miminko velice rušivě. Vzdálenost na kterou je plod schopen zaostřit je udávána okolo 30 cm, což je přibližně prostor v děloze.

Plod již také reaguje na zvuk. Vnímá melodii, vnímá tóny, dokáže rozpoznat zabarvení a rytmiku hlasu.

Nenarozené dítě trénuje také mimické svaly. Mračí se, vraští čelo, šklebí se a dělá i jiné grimasy.

Vyvíjí se hmatové receptory v kůži.

Plod v tomto období měří od temene po kostrč přibližně 13,5 cm, celková délka je cca 16 cm a váží 180 gramů.

20 týdnů od početí

Stále dochází ke zdokonalování nervového systému.

Svalstvo mohutní. Tvoří se tuková tkáň. Celé tělíčko je pokryto drobným chmýřím, lanugem.

Začíná tvorba vlastního imunitního systému.

Dítě se velmi aktivně pohybuje a jeho pohyby jsou již koordinovanější.

Vyvíjí se bradavky a prsní žláza. Vaječníky dívek obsahují asi 7 miliónů vajíček. V době porodu jich již budou pouze milióny dva.

Uši jsou nyní zcela vyvinuty. Dítě slyší, jak proudí krev v cévách, slyší tlukot matčina srdce, vnímá zvuky, které vydává trávicí systém. Je nutné si uvědomit, že sluch může být poškozen i v průběhu prenatalního života. A to např. tehdy, je-li vystaven frekvencím vyšším než 90 decibelů.

Chuťové pohárky jsou také vyvinuty. Dítě neustále polyká. Za hodinu vypije 15 – 40 ml plodové vody. Plod je dokonce schopen rozlišit jednotlivé chutě. Výzkumy potvrzují, že plod dává přednost sladké chuti před kyselou.

Kůže plodu je velmi citlivá na jakýkoliv dotek.

Délka plodu od temene po kostrč je přibližně 18,5 cm, celková délka 25 cm a váha okolo 500 gramů.

24 týdnů od oplodnění

Růst do délky, mohutnění svalstva, zpevňování kostí a růst podkožního tuku stále pokračuje. Dítě je ale i nadále velmi hubené. Dochází k vyrovnávání proporcí hlavy a těla.

Mozkové buňky zrají a dítě je již nyní schopno zapamatovávání si a jednoduchého učení.

Je-li plod pohlaví mužského, začíná se aktivovat tvorba hormonu testosteronu.

Dítě je schopno slyšet různé zvukové frekvence, přičemž reaguje spíše na vysoké tóny.

Plíce se intenzivně vyvíjejí, ale jejich funkce by byla v případě předčasného porodu ještě velmi omezena.

Na konečcích prstů jsou patrné papilární rýhy.

T. Verny uvádí, že okolo tohoto období je dítě již schopno vnímat matčiny emoce a dokonce i na ně fyzicky reagovat.

Koncem tohoto období dítě měří od temene po kostrč 25 cm, celková délka dosahuje asi 30 cm a váha je okolo 1000 gramů.

28 týdnů od oplodnění

V tomto období dochází k intenzivnímu zrání nervové soustavy. Rozvíjejí se nervové dráhy, mozkové buňky, roste šedá kůra mozková. Začíná fungovat vědomí. Plod se již v průběhu prenatalního života učí. E. Rheinwaldová poukazuje na výzkum, při kterém bylo zjištěno, že pouze 10% dětí, jejichž matky žily u letiště, plakalo při startu letadla. Mezi novorozenci, kteří se s tímto typem hluku nesetkalo, plakalo 50% novorozenců (E. Rheinwaldová, 1996).

Přibližně dva měsíce před plánovaným termínem porodu lze u plodu prokazatelně určit při spánku fáze R.E.M. (rapid eye movement – rychlé pohyby očí). Doposud se však vědcům nepodařilo prokázat, zda tato spánková fáze probíhá u nenarozených dětí stejně jako u osob dospělých.

Dítě je schopno se orientovat v prostoru.

Obočí, řasy a vlasy jsou vyvinuty, na temeni jsou delší vlasy. Rostou nehty.

Oční víčka jsou otevřena.

Začíná fungovat termoregulační systém.

Do plodové vody je denně vylučováno přibližně 500 ml moči.

Plicní systém se zdokonaluje.

U chlapců sestupují varlata do tříselné krajiny, později do šourku.

Dítě je již velké a možnost jeho pohybu omezena.

Koncem tohoto období je délka plodu od temene po kostrč 28 cm, celková délka 35 cm a váha přibližně 1500 gramů.

32 týdnů od početí

Plod je již zcela vyvinut, pouze některé orgány ještě dozrávají. Zejména plíce ještě nejsou úplně vyvinuty.

Nehty na horních končetinách jsou dorostlé, na dolních končetinách ještě dorůstají.

Některé děti mají i při narození minimum vlásků, naopak některé mají již v tomto stádiu těhotenství vlasů mnoho.

Plod dokáže zaostřovat a mrkat.

Koncem tohoto období je délka plodu od temene po kostrč asi 32 cm, celková délka 40 cm a váha přibližně 2500 gramů.

38 týdnů od početí

Dítě je již v tomto období zcela zralé, veškeré orgány, včetně plic jsou připravené na porod.

Z těla plodu vymizelo drobné chmýří – lanugo. Kůže je hladká, měkká, pokrytá dostatečným množstvím mázku. Je přiměřená vrstva tukových zásob.

Nehty jsou dlouhé.

Nadledvinky produkují velké množství kortizonu, který napomáhá dozrávání plic.

Ve střevech je mekonium (smolka), která bude vylučována během prvních stolic dítěte.

Varlata jsou sestouplá.

Při narození dosahuje délka dítěte od temene po kostrč cca 36 cm, celková délka se pohybuje okolo 50 cm a váha přibližně 3000 – 4000 gramů.

2.4 Porod

Porodem nazýváme každé ukončené těhotenství, při kterém je narozen živý novorozenec o minimální hmotnosti 500 gramů, nebo přežije-li novorozenec i s menší hmotností alespoň 24 hodin. U mrtvě narozeného plodu je podmínkou porodu minimální hmotnost 1000 gramů (B. Srp, 1999). V jiných případech se jedná o potrat. O porodu v termínu mluvíme v případě, kdy dojde k ukončení těhotenství v období od 38. do 42. týdne těhotenství. Před 38. týdnem mluvíme o porodu předčasném.

2.4.1 Průběh porodu

Porod většinou začíná pravidelnými kontrakcemi či odtokem plodové vody. Lékaři označují v průběhu porodu tři, někdy i čtyři fáze, nazývané porodní doby. První doba porodní, nebo-li otevírací, je doprovázena otevíráním porodních cest. Tato doba končí, jsou-li porodní cesty otevřeny a hlavička plodu již dorotovala. V tento moment nastává druhá doba porodní, někdy nazývaná vypuzovací. Tato doba končí porodem plodu. Třetí porodní doba, označovaná dobou k lůžku, začíná porodem plodu a končí porodem placenty. Někteří porodníci uvádějí i čtvrtou porodní dobu, za kterou je považováno časné období po vypuzení placenty, kdy má být rodička intenzivně sledována.

Porod může být veden několika způsoby. Nejčastěji vaginálně při naléhání plodu hlavičkou či koncem pánevním. Při různých patologiích může být použito porodnických kleští či vakuumextraktoru. V posledních letech je stále častěji těhotenství ukončeno operativně, císařským řezem.

2.4.2 Vliv průběhu porodu na dítě

Způsob vedení porodu a ukončení těhotenství je někdy také dáván do souvislosti s psychickými vlastnostmi dítěte. Uvádí se například, že děti porozené koncem pánevním jsou silné osobnosti, které i v životě prosazují své nekonvenční způsoby a často rebelují proti svému okolí. Děti, které byly porozeny plánovaným císařským řezem mají i v pozdějším životě tendence k pasivnímu způsobu, neradi dělají nějaká rozhodnutí, v životě jsou spíše submisivnější. Pokud byl porod zahájen předčasným odtokem plodové vody, domnívají se někteří odborníci, že i v životě dělají tyto lidé často předčasná, někdy neuvážená rozhodnutí. Toto vše jsou však spíše domněnky, které nejsou zatím vědecky doložitelné, proto se v této práci nebudu jimi dále zabývat.

Mnoho příčinných souvislostí mezi průběhem porodu a psychikou narozeného dítěte je však již zaznamenáno. Perinatální období je jedno z nejčastěji a nejlépe prozkoumaných období perinatální psychologie. Zatímco dříve se soudilo, že novorozenec nic necítí, nevidí, neslyší, neprožívá, dnes se ví, že smysly dítěte již zcela fungují a že samotný porod má velký vliv nejen na zdraví fyzické, ale i na zdraví psychické značně působí okolnosti doprovázející samotný porod.

T. Verny definoval pět rizikových skupin, dle způsobu vedení porodu a dle průběhu vedení porodu.

V první, nejméně rizikové skupině, jsou nekomplikované, fyziologické vaginální porody s minimem medicínských zákroků.

Další skupinou jsou lidé, kteří byli poroženi pomocí císařského řezu. T. Verny, na základě svého dlouhodobého výzkumu uvádí poznatek, že osoby, které byly porozeny císařským řezem, mají vyšší potřebu intenzivního fyzického kontaktu. Předpokládá, že je tato potřeba způsobena abstinencí smyslových pocitů, které má dítě při vaginálním porodu a průchodu porodními cestami.

Do další skupiny zařadil osoby, které se narodily vaginálně, ale plod naléhal koncem pánevním. Studie ukazují, že u těchto dětí se mohou ve větší míře objevit poruchy

učení. Např. v USA, ve státě Indianapolis, bylo badateli zjištěno, že mezi dětmi, které musely opakovat alespoň jeden ročník ve škole, je významně vyšší procento dětí, kteří se narodily koncem pánevním.

Do stejné skupiny, tedy na stejnou, rizikovou úroveň, řadí T. Verny osoby, které se též narodily vaginálně, ale v průběhu jejich porodu se vyskytly problémy s pupeční šňůrou. Jednalo se zejména o obtočení pupeční šňůry kolem plodu a z toho plynoucí krátkodobá asfyxie. T. Verny soudí, že přestože tato patologie významně neovlivnila fyzické zdraví člověka, ovšem v psychice zanechala dlouhodobé následky. Soudí, že osoby, které měly omotanou pupeční šňůru kolem krku, mají i později zdravotní problémy lokalizované v oblasti hrdla. Uvádí příklad muže, kterého léčil: „...Od svého šestého roku výrazně koktal. Hned na počátku léčení bylo jasné, že klíčovou postavou celého problému byl jeho otec. Ještě v chlapeckém věku ho otec nemilosrdně kritizoval pro jeho nedokonalou řeč, což, přirozeně, situaci ještě zhoršovalo. Postupně, jak léčba pokračovala, bylo zřejmé, že tato kritika byla jen jedním z víceřých důležitých faktorů, které zde spolupůsobily, pacient měl v minulosti též problémy s krkem. Při jednom sezení si vzpomněl, že ve věku mezi třetím a pátým rokem měl několikrát za sebou bolestivé záněty mandlí. Později si zase vzpomněl, že se narodil s pupeční šňůrou omotanou kolem krku“ (T.Verny, 2009, s. 27).

Další skupinou byly osoby narozené předčasně. Verny vyzoroval, že předčasné narození lidé se stále cítí velmi „ve spěchu“. Vykládá si to tak, že byl jejich příchod na svět uspěchaný a oni ho i tak žijí.

Do poslední skupiny zařadil nejrizikovější porody. Například velmi předčasné porody (o více jak 8 týdnů), porody s prolapsem pupeční šňůry, významné a dlouhé asfyxie, předčasné odloučení placenty, eklampsie, diseminované intravaskulární koagulace (DIC) a jiné další, velmi rizikové průběhy porodu.

Mezi osobami s diagnostikovanou schizofrenií, různými druhy psychóz, ale i společensky nežádoucím asociálním chováním je významné procento těch, kteří měli komplikovaný porod. Verny poukazuje na výzkum svých kolegů, dr. S. Mednicka a dr. Sarnoffa z Psychologického ústavu v Kodani: „Začátkem šedesátých let začal sledovat skupinu více než 170 mladistvých, kteří mohli mít sklon ke schizofrenii, protože touto chorobou trpěly jejich matky. Dr. Mednick chtěl zjistit, u kolika z těchto dětí se později schizofrenie

vyvine a – což je ještě důležitější – proč. O několik let později měl Dr. Mednick už odpověď na první část této otázky. U dvaceti mladých mužů a žen se schizofrenie už vyvinula. Když pátral po příčinách, proč podlehli právě tito, a ne jiní, zjistil cosi, co považoval za určité významné společné znaky v jejich minulosti. Zjistil, že mnohé matky mladých schizofreniků se na tuto chorobu už předtím léčily v ústavech. Též zjistil, že v prvních školních ročnících mnoho těchto mladistvých učitelé považovali za nezbedníky. Ale co nejvíce zaujalo Dr. Mednicka, byla podobnost průběhu porodu těchto dvaceti postižených lidí. Sedmdesát procent z nich prožilo při porodu anebo během matčina těhotenství jednu anebo více komplikací. V záznamech dětí, které neměly schizofrenii, Dr. Mednick našel odlišné, ale právě tak výmluvné číslo: během těhotenství anebo při porodu mělo nějakou komplikaci pouze 15%. Stejně závažné jsou i výsledky druhé studie Dr. Mednicka. V tomto případě tvořili skupinu sledovaných osob muži, kteří spáchali násilné činy. Opět zde byla společným jmenovatelem anamnéza porodu. Patnáct ze šestnácti těžkých zločinců překonalo obzvlášť těžký porod. Šestnáctý měl matku epileptičku“ (T. Verny, 2009, s. 28).

Vědecký tým z michiganské univerzity prokázal významnou korelaci mezi úzkostlivostí matky a délkou porodu. Na univerzitě v Cincinnati dokonce stanovili několik stupňů úzkostí a zkoumali jejich vliv na průběh porodu, včetně délky porodu. Dále byl zkoumán i jejich vztah k matce a postoj k těhotenství a mateřství celkově. Závěrem tohoto výzkumu bylo, že nejlehčí porody, tzn. že se vyskytlo nejméně patologií a délka porodu byla spíše kratší než je průměr, byly u žen, které se z těhotenství těšily, měly přiměřené obavy z porodu a měly vyřešené vztahy se svými matkami. Naopak nejkomplikovanější a nejdelší porody byly u žen, které neměly vyřešený vztah se svou matkou, nebyly emocionálně stabilní, jejich těhotenství nebylo zcela jednoznačně vítáno a pozitivně přijímáno.

T. Verny seznamuje i s výsledky výzkumu, který byl proveden na Brownově univerzitě: „Mnohé studie ukazují, že komplikace při porodu se častěji vyskytují i u velmi rozrušených žen. V jedné takové studii, kterou provedli na Brownově univerzitě, tvořilo skupinu sledovaných osob padesát žen, polovinu z nich badatelé klasifikovali jako rozrušené před porodem a polovinu jako normální (t.j. které se těšily na porod). Po porodech skupina porodníků, která s celou studií neměla nic společného, prohlédla porodní záznamy všech žen a to, co oznámili týmu badatelů, bylo nanejvýš překvapivé. Všechny

rozrušené ženy měly přinejmenším jednu komplikaci při porodu, počínajíc malou komplikací – narození dítěte s otlačeným nosem – až po velké komplikace – v několika případech předčasný porod a ve dvou případech mrtvé dítě. Údaje o ženách klasifikovaných jako normální byly svým způsobem právě tak překvapující. Ani jedna z nich neměla při porodu žádnou komplikaci ani jiné problémy“ (T. Verny, 2009, s. 29).

Krátce bych zde také chtěla zmínit psychologa českého původu Stanislava Grofa, který se také zabýval perinatální psychologií. Stanislav Grof došel na základě svých zkušeností z praxe k přesvědčení, že v naší psyché jsou uloženy vzpomínky na perinatální prožitky. Popisuje čtyři prožitkové fáze vztahující se k období porodu. Nazývá je bazální perinatální matrice. První matrici, kterou někdy pojmenovává také jako „amniotický vesmír“ se týká prožitků uvnitř dělohy ještě před začátkem porodu. Druhá matrice, nazývaná „kosmické pohlcení bez možnosti úniku“ náleží době mezi začátkem porodních stahů, ale ještě před otevřením děložního hrdla. Třetí matrice, pojmenovaná „smrt a zápas o znovuzrození“ reflektuje naše prožitky během průchodu porodními cestami. Čtvrtá matrice, pojmenovaná „zápas o znovuzrození“, je spojována s prožitky v době samotného porodu (S. Grof, 1993).

Na základě výše uvedených výzkumů a zkušeností prenatalních psychologů je patrné, jak důležitý je z hlediska vývoje osobnosti porod. Bohužel ohled na psychiku ženy v průběhu prenatalní péče a v průběhu porodu je stále u lékařů minimální. I u mnohých žen převládá názor, že porod „nějak přežijí“, tak jak určí lékař, a na psychickou pohodu a zdraví berou ohled pouze některé rodičky a ještě méně odborníků z řad zdravotnických profesí. Tato skutečnost je o to smutnější, že většině problémů a patologií v průběhu porodu lze předejít. A to šetrným způsobem vedení porodu, což dokazují mnohé studie. Tyto studie jsou uváděny např. v Cochranově knihovně. Shromažďují je odborníci, celosvětově uznávané společnosti Cochrane Collaboration, www.cochrane.org.

Péče o emocionalitu ženy by tedy měla patřit k základním součástem prenatalní péče. Pokud pojmu psychologické hledisko, tak i z hlediska efektivní péče, tudíž i z hlediska ekonomického, což je v současné době neméně důležité. U emocionálně vyrovnané ženy se vyskytuje mnohem méně komplikací než u ženy nevyrovnané. Tudíž i méně lékařských zákroků, včetně operativních úkonů. Péče o tuto ženu je tedy mnohem

méně nákladnější. A to neberu v potaz další rizika, které nefyziologický porod přináší pro dítě v budoucnosti.

Je nutné také zmínit další závažnou skutečnost související s porodem a následným vývojem emocionality člověka, a to včasnou separaci narozeného dítěte od matky.

Jako nejzásadnější pro utváření vztahů mezi matkou a dítětem, je uváděna první hodina po porodu. Někteří odborníci uvádějí i kratší časový úsek.

T. Verny se též zabývá časným poporodním obdobím, a na základě svých výzkumů potvrzuje, že ženy, kterým bylo umožněno navázat vazbu s jejich dítětem co nejdříve po porodu, se nejen v časném poporodním období, ale i v následujících letech chovají ke svým dětem mnohem pozorněji, nadšeněji a starostlivěji, než matky, kterým nebylo časné navázání kontaktu umožněno (T. Verny, 1981). Dr. Kennell a Dr. Klaus pozorovali jistou skupinu takovýchto žen po porodu, kterým byl umožněn časný kontakt s dítětem, a zjistili, že v porovnání s jinými ženami objímají a hladí své děti mnohem častěji. Znamý porodník Odent, říká, že agrese národa se pozná podle míry a délky separace novorozence od matky po porodu.

Bohužel i v současné době dochází k časně separaci dětí. Prenatální psycholožka Eva Rheinwaldová říká: „Děti chtějí být u matky a nechťejí být váženy, myty, baleny, dávány do inkubátorů, píchány do patiček, obřezávány. Přejchod z bezpečí lůna do studeného prostředí, kde je vše tvrdé, bolestivé, cizí a traumatizující, je příliš rychlý. V „krabici“, jak děti nazývají inkubátor, se cítí jako ve vyhnanství působícím psychické problémy – pocity osamění, frustraci, strach, odpor, depresi“ (V. Marek, 2002, s. 77).

Stále ještě občas převládají názory, že matka si potřebuje po porodu odpočinout, nabrat nové síly. I dítě, že se potřebuje zahřát, načerpat novou energii. Ale pokud matka nebyla v průběhu porodu ovlivňována, mnohdy zcela zbytečně, léky, zažívá velmi často po porodu naprosto euforické pocity a chce se se svým dítětem přivítat. A kde jinde by mělo dítě cítit pocit bezpečí, než u své matky. Porod byl pro něj velmi náročný. Ze známého prostředí, z tepla, přítmí, ticha se najednou ocitá v prostředí neznámém, omráčen světlem, hlukem. A ne nadarmo se říká, že nejlepším inkubátorem je tělo matky. Naštěstí už v mnoha porodnicích probíhá primární bonding a terapie skin to skin. Bonding je pro

matku a dítě a pro tvorbu jejich vzájemného vztahu a utvoření pevné citové vazby velmi důležitý. A to nejen z hlediska emocionálního, ale i pro tvorbu oxytocinu, který je zásadní pro rozvoj laktace. Na základě výzkumů bylo zjištěno, že matky, kterým byl umožněn časný kontakt s jejich dítětem ihned po porodu, mají o své dítě větší zájem a lépe zvládají stresující situace v souvislosti s mateřstvím. Důležitost ranného kontaktu, nebo-li bondingu popsali již v 70. letech američtí lékaři Marschal Klaus a John Kennel. Bonding je časné navázání kontaktu mezi matkou a dítětem. Realizován má být co nejdříve po porodu. Započat by měl být ideálně ještě před dotepáním pupečníku, kdy je právě narozené dítě položeno na hrud' matky. Po základním ošetření by mělo být dítě nadále s matkou, nejlépe prostřednictvím kontaktu „skin to skin“, tedy „kůži na kůži“. Nahý kojenec odpočívá na obnažené hrudi matky.

Česká psycholožka Michaela Mrowetz říká: „Dítě má těsně po porodu neobyčejný behaviorální potenciál, který mu umožňuje slyšet, vidět a dokonce se pohybovat do rytmu slov vyřčených matkou, tzv. oslavný tanec zrodu – takže je biologicky připraveno navázat vztah s matkou. Pro matku je také těch několik hodin po porodu velmi důležité období, vzhledem k procesu integrace „mentálního obrazu“ dítěte (vzniklého během těhotenství a čekání na porod) s obrazem skutečného novorozence. Matka si celých devět měsíců vytváří imaginární obraz svého dítěte a po porodu má možnost se nasytit tohoto obrazu pohledem na své dítě. Je vyzbrozeno, že matka se k novorozenci chová velmi otevřeně a citlivě, pokud má možnost s ním zůstat po porodu o samotě. Tyto hodiny po narození jsou životně důležité pro všechny oba, tedy pro matku a dítě,, (M. Mrowetz, 2009).

Mnohé porodnice se stále modernizují, do rekonstrukce porodních sálů, porodních boxů a techniky se investují milionové částky. Nejmodernější technika je samozřejmě také velice důležitá a mnohdy i díky ní dochází k záchraně zdraví či dokonce životů matky a dítěte. Ale o co více se dbá na technické vybavení, případně komfortní prostředí, o to méně se dbá na emocionální stránku porodu. A přitom pochopení, přítomnost a ticho nevyžadují žádné finanční investice. Změření a zvážení novorozence není také důležité. Myslím, že je zcela jedno, zda bude dítě změřeno a zváženo až třeba dvě hodiny po porodu. Zjištění Apgar skóre (ohodnocení vitálních funkcí a zralosti novorozence) a základní vyšetření právě narozeného miminka lze uskutečnit i na těle matky. A není lepší inkubátor než maminka sama.

3 Prenatální psychologie

„Až donedávna se věřilo, že dítě se vyvíjí samo v temném lůně, odděleno od světa neproniknutelnou stěnou břicha matky. Znalost vývoje byla většinou omezena pouze na fyzický a fyziologický vývoj. O psychologické části se nevědělo nic. Nanejvýš se usuzovalo na dědičnost určitých vlastností. Nevědělo se, že dítě má již v lůně rozvinuté smysly, že má paměť a schopnost vnímání a usuzování“

Eva Rheinwaldová

3.1 Vývoj názorů odborníků o prenatálním období

Názory na prenatální období a možnosti utváření osobnosti člověka již v období před narozením, se v průběhu posledních několika desítek let výrazně změnily. Stejně jako se měnil pohled na dítě a také jak přibývalo díky rozvoji vědy poznatků o vývoji embrya a plodu, a to nejen z hlediska anatomického a fyziologického, ale také z hlediska psychologického.

Ve starých společnostech bylo těhotenství a zrození dítěte přijímáno různými způsoby, avšak většinou bylo pokládáno za něco magického či posvátného. S těhotenstvím a příchodem nového člověka bylo spjato mnoho pověr, rituálů, očekávání. Některé pověry se zachovaly až do dnešní doby.

Možnosti a způsoby prenatálního učení jsou známy již v kulturách starověké Číny. Myšlenku, že průběh těhotenství a prostředí v kterém se nachází plod, ovlivňuje duševní život daného dítěte, vyslovil již čínský filozof Konfucius. Ve staré Číně byly i prenatální kliniky, které měly za úkol pečovat o duševní život nenarozeného dítěte.

V novodobých dějinách se ovšem na možnost, že již i plod vnímá a je schopen učení, pohlíželo značně skepticky a odmítavě. Všeobecně bylo k dítěti pohlíženo jako

k nedokonalému člověku, který nemá nárok na svá práva a potřeby. V dřívějších dobách byl kladen důraz zejména na povinnosti dítěte a děti byly vychovávány k naprosté poslušnosti a pokoře. S rozvojem průmyslu se dítě stává i levnou pracovní silou.

Určitý obrat ve vztahu k dítěti v průběhu minulých století prezentoval Jan Ámos Komenský, John Locke, Jean Jacques Rousseau či Johann Heinrich Pestalozzi. Skutečný obrat nastává na počátku 20. století. Dítě se stává středem veškerého dění. Mezi významné reformní pedagogy patří například Ellen Keyová, Maria Montessori, Rudolf Steiner, Ovide Decroly, Helen Parkhurstová, Peter Petersen.

Avšak prenatální období bylo až na malé výjimky odborníky až donedávna zcela opomíjeno. Pouze ojediněle se objevily názory, že i plod je schopen duševního života.

Leonardo da Vinci píše: „...stejná duše ovládá dvě těla ... to, co si matka přeje v čase své naplněné touhy, se často zrcadlí v životě dítěte ... jedna vůle, jedno nejvyšší přání, jeden strach, který matka pociťuje, nebo i duševní bolest mají větší moc nad dítětem než nad ní samou a mohou pro ně často znamenat i ztrátu života“ (V. Marek, 2002, str. 183).

I známý anglický filozof John Locke (1632-1704) vyslovuje názor, že již plod je schopen myslet, a tudíž že je i velmi důležité prostředí v kterém plod vyrůstá.

U většiny odborníků bylo ovšem i nadále prenatální období a často i první roky života dítěte, zcela opomíjeny. Teprve s rozmachem vědy, novými zkušenostmi a výsledky různých výzkumů se postupně začal upravovat a vyvíjet názor, od kdy lze dítě vychovávat. Nejmladší věkové kategorie byly v možnostech výchovy i nadále většinou zcela opomíjeny. Určitý obrat přinesly představitelé psychoanalýzy. Až oni se začali více zabývat předpokladem, že osobnost se utváří již v dětství. Mluvili o preformativním významu dětství.

Až na přelomu 40. a 50. let minulého století došla skupina vědců z Evropy a Severní Ameriky k přesvědčení, že osobnost se formuje již v průběhu prenatálního života a že na toto formování mají vliv emoce matky. Chyběly jim ovšem důkazy. Teprve o pár let později, díky možnosti využití technických prostředků, bylo možné předložit prokazatelné závěry.

S rozvojem technických možností ve 2. polovině 20. století bylo provedeno několik výzkumů, které prokazovaly schopnost prenatálního učení a duševního života plodu. Mezi významné představitele této vědní disciplíny, kteří mají zásluhu na rozvoji prenatální psychologie a vzniku nových poznatků, patří například Thomas Verny, Peter Fedor-Freybergh, Frigorii I. Brekhman, Terence Bowling či David Chamberlain.

Na základě poznatků o duševním životě plodu a embryonálním vývoji byla založena v minulém století nová vědní disciplína s názvem Prenatální psychologie. Prenatální psychologie je speciální interdisciplína, shrnující poznatky především z psychologie, porodnictví, embryologie, neurologie, antropologie, teorie výchovy, pedagogiky. Zabývá se obdobím prenatálním a perinatálním. První profesní organizace zabývající se prenatálním učením byla založena 26.7. 1971 ve Vídni. Jednalo se o studijní skupinu Prenatální psychologie: International Study Group for Prenatal Psychology (ISPP). Zakládajícím členem byl Gustav Hans Graber. Teoretický a metodologický základ tvořily poznatky zejména z psychologie, psychoanalýzy, porodnictví a embryologie. První kongres prenatální a perinatální psychologie se konal v roce 1983 se v Torontu, pod vedením kanadského psychologa slovenského původu, Thomase Vernyho. V roce 1986 byla založena Mezinárodní společnost pro prenatální psychologii - International Society of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine (ISPPM). Nové poznatky z oblasti prenatální psychologie se shromažďují především v prenatálních laboratořích v Evropě a Severní Americe.

V České republice se duševním životem plodu zabývali psychologové Zdeněk Matějček a Josef Langmeier. V současné době se touto problematikou zabývají např. Hana Jahnová, Eva Šulcová či Ilona Špaňhelová.

Nyní již s jistotou můžeme říci, že i plod je schopen se učit, pamatovat si, vnímat, reagovat, slyšet, cítit, vnímat. Již je utvářena osobnost člověka. Víme, že i nenarozené dítě má vědomí. Naším úkolem je, této skutečnosti maximálně využít ku prospěchu budoucího života dítěte i nás všech.

3.2 Druhy komunikace mezi matkou a plodem

Komunikace mezi matkou a nenarozeným dítětem probíhá od počátku oplození. Nejedná se ale pouze o komunikaci hormonální a metabolickou, ale též o komunikaci smyslovou.

Již v průběhu prenatalního života dochází k vytváření a rozvoji vztahů mezi matkou a dítětem. Dříve se této komunikaci nepřikládala žádný větší význam. S rozvojem nových poznatků začali odborníci poukazovat na důležitost rozvoje vzájemného vztahu mezi matkou a dítětem již před narozením. Prenatální psychologové mluví o třech druzích komunikace. O komunikaci fyziologické (fetomaternální komunikace), komunikaci behaviorální, tedy komunikaci prostřednictvím chování. Třetí způsob komunikace je nazýván komunikací prostřednictvím vzájemných sympatií. Hranice mezi druhým a třetím způsobem je velice tenká.

3.2.1 Fyziologická komunikace

Komunikace hormonální probíhá od počátku těhotenství. Lékaři užívají termín fetomaternální komunikace. Na udržení těhotenství má zásadní význam endokrinní systém. Již pár hodin po oplodnění jsou produkovány specifické bílkoviny, z nichž nejvýznamnější je lidský choriový gonadotropin (hCG). Nastává i zvýšená produkce progesteronu. Později je zásadní pro fetomaternální komunikaci placenta. Dochází zde k výměně dýchacích plynů a živin. Další funkcí placenty je funkce metabolická. Placenta produkuje lidský choriový gonadotropin, progesteron, estrogeny, humánní placentární laktogen, adrenokortin, tyreokortin a proopiomelanokortin. Význam humorálního systému není však pouze pro udržení a zdárný průběh těhotenství, ale významný je i pro emocionální prožívání. Endokrinní systém reaguje na pocity matky sníženou či zvýšenou činností hormonů, které se dostávají i k plodu. Dlouhodobé stresové zatížení pak samozřejmě ovlivňuje i emoce dítěte. Může se projevovat např. predispozicí pro úzkostné stavy. Verny mluví i hypothalamické zranitelnosti plodu. Poukazuje na výzkum specialistů z kolumbijské a jedné finské univerzity. „Pracovníci Kolumbijské university zkoumali

záznamy o fyzickém stavu holandských žen a jejich synů vystavených hladu. V této skupině se vyskytly vážné problémy s tělesnou nadváhou. Stupeň náchylnosti většinou závisel na vývojovém stadiu mužů (tehdy ještě nenarozených) v období, kdy zavládl hlad. Zdálo se, že krutý hlad měl největší účinek v prvních čtyřech až pěti měsících těhotenství, obezita byla neobvykle rozšířená zvláště mezi muži, jejichž matky byly tehdy podvyživené. Skupina výzkumníků dospěla k závěru, že odepírání potravy v tomto období ovlivňuje nastavení oblastí hypothalamu, které regulují příjem potravy a růst“ (T. Verny, 2009, s. 12).

„Přímý důkaz o vlivu stresu na vývoj hypothalamu pochází z novější finské studie. Všechny subjekty sledované v této studii ztratily otce buď během nitroděložního života, nebo krátce po narození. Právě na tento fakt zaměřili svou pozornost dr. Matti Huttunen a dr. Pekka Niskanen. Smrt manžela nepochybně vyvolává v ženě silný stres, který se automaticky přenáší na dítě. Vědci chtěli zjistit, kdy je vliv tohoto stresu největší, tj. před narozením a nebo po něm. Odpověď na tuto otázku jim poskytla anamnéza jejich subjektů: Výskyt psychických chorob, zvláště schizofrenie, byl významně vyšší u těch subjektů, jejichž otcové zemřeli ještě před jejich narozením. Podle vědců se toto zjištění nedá psychologicky vysvětlit. Podle jejich názoru neobvyklý výskyt emocionálních poruch ve skupině mužů, jejichž otec zemřel ještě před jejich narozením, svědčil o biologické poruše. Protože hypothalamus je centrem citů pro celé tělo, došli k závěru, že jeho celistvost narušil stres matky“ (T. Verny, 2009, s. 13).

Nenarozené dítě matky, která prožívá dlouhodobý, velmi intenzivní stres, je zatěžováno zvýšeným přílivem hormonů ze strany matky a v této návaznosti je zatěžován i jeho autonomní nervový systém. Tato dlouhodobá zátěž nerovnovážného systému dítěte se projevuje jeho neklidem, zvýšenou motorickou aktivitou, nervozitou. Jako důsledek zvýšené pohybové aktivity bývá udávána i nižší porodní hmotnost novorozence. Někteří odborníci poukazují i na vzájemnou korelaci mezi porodní hmotností dítěte a jeho školní úspěšností. Děti se sníženou hmotností měly v období školní docházky horší výsledky. Tyto problémy byly způsobeny sníženou schopností soustředit se, vytrvat u úlohy, splňovat podmínky kladené školním systémem (T. Verny, 1981).

Dítě samozřejmě reaguje i na krátkodobý stres matky. Známy je experiment dr. Reinolda. Požádal ženy, aby si lehly na břicho pod ultrazvukový přístroj. Záměrně je neinformoval, že je velmi pravděpodobné, že dítě v této poloze maximálně sníží svou pohybovou aktivitu a velmi se zklidní. Po několika minutách, kdy bylo dítě již skutečně zklidněno, řekl matkám, že dítě se nehýbe. Ženy, dle předpokladů, reagovaly na tuto informaci strachem, obavami. Po několika vteřinách, začaly děti reagovat na matčin stres zvýšenou pohybovou aktivitou. Reakce mohla být jak na podkladě hormonálním, kdy se na základě stresu, zvýšila hladina adrenalinu matky, ale také i na základě vzájemné synchronizace (T. Verny, 1981).

Bylo již zmíněno, že dlouhodobý stres matky působí na plod negativně. U krátkodobého, nepřilíživého stresu se ale předpokládá, že nemá na plod nijak výrazně negativní vliv. Dokonce byla některými odborníky vyslovena domněnka, že tento stres může být pro plod naopak pozitivní. Učí dítě se se stresovými situacemi vyrovnávat.

V současné době je také všeobecně známo, že na ještě nenarozené dítě mohou působit velmi škodlivě různé návykové látky. Nikotin, alkohol, drogy, některé léky. Naše společnost je stále k užívání těchto látek velmi tolerantní a mnohé matky si neuvědomují, jaké následky může mít pravidelné užívání návykových látek. Ženy, které konzumují v průběhu těhotenství velké množství alkoholu, vystavují své dítě nebezpečí fetálního alkoholového syndromu (FAS) a spektru vrozených alkoholových poruch (FASD). Mezi příznaky tohoto syndromu patří nízká porodní hmotnost, hyperaktivita, abstinenci syndrom, mentální retardace, specifické poruchy učení a chování, poruchy spánku, psychické problémy. Dále i různé vývojové vady, např. srdeční, deformace končetin či v obličejové části.

Matky, které kouří v těhotenství také negativně působí na zdraví svého dítěte. Látky, které se při kouření uvolňují, se prostřednictvím placenty dostávají k dítěti. Tyto látky mohou mít mutagenní účinky. Děti kuřáček se rodí s nižší porodní hmotností. Dle výzkumů (např. studie vědců z The University of Wales College of Medicine) je také u těchto dětí vyšší riziko výskytu syndromu ADHD. Těhotná kouřící žena, také zvyšuje riziko úmrtí plodu či již narozeného dítěte.

Zvýšené riziko představuje pro nenarozené dítě i nadměrné užívání kofeinových přípravků matkou. Pokud je žena na kávu zvyklá, nemusí se zcela jejího pití zříkat, ale měla by se snažit omezit množství vypité kávy. Ještě více je třeba zvážit konzumaci sladkých nápojů obsahující kofein a přípravků obsahující chinin. Stejně tak nevhodné je požívat v těhotenství výrobky light, které obsahují mnoho sloučenin nevhodných pro plod.

3.2.2 Komunikace behaviorální

Komunikace behaviorální znamená, jak již bylo řečeno, komunikace prostřednictvím výchovy. Již v prenatálním období lze na dítě působit.

Rodiče by tedy měli na své dítě mluvit i v průběhu těhotenství. Dítě nejen že slyší, ale i reaguje. Je schopno si zapamatovat i zvukové podněty.

Dítě vnímá a reaguje na emoce své matky. Těhotná žena by měla své těhotenství prožívat v poklidné atmosféře, v příjemném rodinném i pracovním prostředí. Je pochopitelné, že ne vždy lze být pozitivně naladěna a zcela se odprostit od negativních emocí. Občasné obavy, strach, nervozita, vztek jsou běžnou součástí našeho života a nelze je zcela eliminovat. Dle odborníků nemá krátkodobý, i když intenzivní, stres na dítě negativní vliv. A naopak, dlouhodobý stres však může být pro dítě, i to ještě nenarozené, již škodlivý. Zejména pokud se jedná o odmítavý vztah matky k dítěti. Je-li dítě v průběhu celého těhotenství vystavováno odmítavým pocitům matky, bývá pak narušena emocionální stránka dítěte. Ta se samozřejmě odráží na psychosomatickém zdraví dítěte. Doktorka Monika Lukeschová, psycholožka frankfurtské univerzity, uvádí na základě svého dlouholetého výzkumu, že děti z chtěného, očekávaného těhotenství, byly po stránce fyzické i psychické mnohem odolnější než děti z těhotenství nechtěného, nežádoucího. Podobný výzkum, se stejným závěrem učinil i doktor Bernard Rottmann ze salzburské univerzity. Dle poznatků prenatálních psychologů jsou nejdůležitějším obdobím pro behaviorální komunikaci, dva až tři měsíce před narozením. V tomto období je nervová soustava plodu natolik vyvrálá, že je schopna učení, reakcí na matčino emoční ladění, a vysílání signálů směrem k matce. V tomto období se upevňuje vzájemná nitroděložní komunikační vazba a v ideálním případě dochází např. i k synchronizaci spánkového

rytmu. Studie dr. Stirnimanna potvrzují, že vzájemná synchronizace nastává již v průběhu těhotenství a pokračuje i po narození. Po narození tedy matka a dítě navazují na započatou komunikaci a tato komunikace se ještě více zdokonaluje. Studie dr. Stirnimanna potvrzují, že děti matek, které v průběhu těhotenství, zejména v posledních týdnech před porodem, se probouzely v časných ranních hodinách, mají děti, které se též probouzely brzy. Naopak děti matek, které chodily spát později a také déle vstávaly, se probouzely oproti první skupině dětí později (T. Verny, 1981).

I dlouhodobá studie doc. Matějčka (Z. Matějček, 1986) a jeho kolegů poukazuje na vzájemnou korelaci mezi přijetím dítěte a jeho vztahu k návykovým látkám v pozdějším věku. Mezi dětmi, jejichž narození nebylo žádoucí a matkami nebylo zcela přijímáno, byl prokázán větší výskyt poruch jako zneužívání návykových látek či emocionální problémy.

Ke stejným závěrům dochází i americký porodník dr. Cheek (T. Verny, 1981). Udává, že děti, které byly v průběhu prenatálního života odmítány, se velmi často rodí po termínu porodu, koncem pánevním a porod bývá komplikovaný.

Vzájemná synchronizace ale nevzniká vždy, a není samozřejmostí. Nejlepším předpokladem pro její vznik je vyzrálá, emocionálně stabilní matka, jejíž těhotenství bylo plánované, chtěné, z těhotenství a svého nenarozeného dítěte se těší, je zdravá, žije v harmonickém partnerském vztahu.

Nejprokazatelnějším způsobem behaviorální komunikace dítěte je jeho pohybová aktivita. Tu může hodnotit jak matka, tak odborník, např. prostřednictvím ultrazvukových přístrojů nebo i pomocí kardiokografie (CTG). Své pocity a emoční rozpoložení dává dítě najevo například kopáním. Mnohé maminky uvádějí, že si takto dítě například „vykomunikovalo“ změnu polohy matky. Výrazným až bolestivým kopáním může dítě také reagovat na negativní emoce matky, na její úzkost, obavy, strach. Strach matky je ve vzájemné korelaci s jejím humorálním systémem. Hormony se pak prostřednictvím dítěte dostávají k dítěti a to na ně reaguje zvýšenou pohybovou aktivitou.

3.2.3 Komunikace prostřednictvím vzájemných sympatií

Komunikace prostřednictvím vzájemných sympatií je velmi těžko popsatelné. Nejčastějším způsobem této komunikace je láska. Tedy každodenní projevy, myšlenky a chování, kterými dává matka svému dítěti najevo, že ho miluje, očekává, těší se na něj. Do tohoto způsobu komunikace lze zařadit v podstatě veškeré emoce těhotné ženy.

3.3 Jakými způsoby mohou rodiče navázat komunikaci s jejich nenarozeným dítětem

„Těhotenství můžeme považovat za jakýsi aktivní dialog mezi matkou a dítětem“

Peter Fedor-Freybergh

Většina rodičů se těší, až budou moci se svým dítětem komunikovat, až jim dá jejich ještě nenarozené miminko vědět, že tady je. První pohyby miminka ucítí žena většinou okolo 20. týdne těhotenství. Rodiče ovšem mohou se svým dítětem komunikovat již mnohem dříve, v podstatě od začátku těhotenství.

Možností jak navázat vztah a jak komunikovat s ještě nenarozeným dítětem je mnoho. Většinu komunikačních technik provádějí rodiče, zejména maminky, naprosto přirozeně, intuitivně. S miminkem mluví, vyprávějí mu o běžných denních činnostech, sdělují mu své plány do budoucnosti, vypráví mu své sny, přání. Mluví o svých pocitech.

Prenatální komunikace není žádná módní záležitost. Je to přirozený projev lásky, který probíhal mezi matkou a dítětem vždy i ve starých kulturách. Některé těhotenské rituály přetrvávají dodnes. Známé jsou rituální tance rodiček např. u afrických kmenů. V některých oblastech Dálného východu je prenatální učení považováno dokonce za důležitější než výchova po porodu. Prenatální výchova je zde nazývána Tai-Kyo. Je připisován velký význam výživě, aktivitě a duševní rovnováze těhotné ženy.

Výhody prenatální komunikace

Nejen rodiče, ale i odborníci si občas kladou otázku, zda a jaké výhody přináší prenatální komunikace. V současné době, kdy proběhlo již mnoho výzkumů týkajících se této oblasti, je zřejmé, že komunikace rodičů s jejich nenarozeným miminkem přináší výhody jak pro rodiče, tak i pro miminko. Výhod a předností je jistě mnoho a každý může mít trochu jiné představy a očekávání, přesto uvedu alespoň tři základní:

1. Tvorba vzájemného pozitivního vztahu mezi matkou a dítětem. Ale také otcem, staršími sourozenci a dalšími členy rodiny.
2. Utváření základní důvěry ve své mateřské (rodičovské) schopnosti.
3. Vytvoření podnětného prostředí pro plod.

Je nutno upozornit, že komunikace s nenarozeným dítětem neznamena akceleraci vývoje dítěte, jak by mohli někteří rodiče očekávat. Zásadním účelem je vytvoření maximálně příznivých podmínek pro jeho rozvoj. Přiměřený počet podnětů směrem k dítěti napomáhá jeho optimálnímu rozvoji. Tvoří a upevňuje se vzájemný vztah a důvěra.

Komunikačních technik a způsobů s nenarozeným miminkem může být mnoho. Některé jsou všeobecně známé, či dokonce doporučované, jiné jsou zcela individuální a ojedinělou záležitostí. Některé zcela přirozeně vyplynou v průběhu těhotenství, aniž by se o ně těhotná žena záměrně snažila, či o ně dokonce usilovala. V níže uvedené kapitole se budu snažit uvést a popsat alespoň některé z nich. Uvědomuji si samozřejmě, že výčet nemůže být úplný. Některé způsoby komunikace jsou nepřenositelné a těžko popsatelné.

Verbální komunikace s miminkem.

„Ve Staré Číně se doporučovalo těhotné ženě, aby si nahlas četla z čínských klasiků, neboť je větší pravděpodobnost, že její dítě bude moudré.“

Zdeněk Matějček

Navázání kontaktu matky, ale i otce s dítětem, v průběhu jeho prenatálního života, je asi nejčastěji prováděným a zmiňovaným způsobem. S miminkem lze mluvit kdykoliv a

kdekoliv. Rodiče mohou svému ještě nenarozenému dítěti vyprávět o každodenních činnostech, o tom co právě dělají, kam jdou, co je dnes čeká, co musí zařídit. O tom jak vypadá jejich byt, jak mu zařizují pokojíček, jeho postýlku, nakupují oblečky. Měli by se snažit vytvářet pozitivní atmosféru.

Mohou se svým dítětem začít každodenní rituál, např. vyprávění pohádek. Každý večer před spaním převyprávět dítěti nějakou pohádku, či mu číst knížku, říkat básničky, říkanky. I starší sourozenec může svému ještě nenarozenému sourozenci vyprávět básničky, to co prožil ve školce, na hřišti, s kamarády. Rozloučit se s ním přes spaním, přivítat ho ráno. Dítě již v průběhu svého prenatální života pozná, když na něj mluví jeho matka, ale i otec, či další členové rodiny. Poznává i emocionální zabarvení hlasu.

Pokud rodiče znají pohlaví miminka a mají již vybrané pro něj jméno, mohou ho tímto jménem oslovovat.

Pokud rodiče miminko neplánovali a prožívají ambivalentní pocity, měli by své obavy svěřit miminku, komunikovat s ním. Seznámit ho se svými obavami, starostmi. A ujistit ho, že i přestože nebylo zcela plánované, je přijímané s láskou. Měli by vytvářet okolo sebe pozitivní atmosféru.

Myšlenkové „spojení“ s miminkem

Prostřednictvím myšlenkového „napojení“ na dítě, mohou matky ke svému dítěti vysílat své myšlenky, emoce, představy. Mohou navozovat a vytvářet příjemnou, láskyplnou atmosféru a navázat předporodní bonding. E. Rheinwaldová se ve své knize Rodičovství není pro každého, zmiňuje o lektorce předporodního bondingu paní Evě Bowenové (Kalifornie, San Diego), která říká, že „spojení“ s dítětem může matka navázat již 30-40 dní od početí (E. Rheinwaldová, 1996).

Vhodnou technikou, jak navázat spojení s miminkem je meditace. Prostřednictvím meditace lze navázat s miminkem kontakt a „přeposílat“ mu svou lásku a naopak i jeho lásku přijímat. Důležité je naprosté soustředění, mít chvíli pouze pro sebe, nebýt nikým rušena. Pak se snažit „napojit“ na své miminko.

Velmi příjemným prostředím pro meditaci může být vana s teplou vodou. Atmosféra může být umocněna tlumeným světlem, svíčkami, hudbou, éterickými oleji. Matka zavře oči, snaží se oprostit od všech myšlenek, zhluboka dýchá, soustředí se na svůj dech. Několik minut pouze pomalu a uvolněně dýchá. Poté, co je dokonale relaxována si může představovat své miminko. Tak jak vnímá, že se jí zlehka dotýká voda, může si i představovat, jak plodová voda omývá její miminko. Jak se miminko stejně jako ona zcela oddává tomuto příjemnému prostředí. Může si i představovat jak miminko vypadá, jak si hraje se svými končetinami, cucá prsty, šplouchá se v plodové vodě, hraje si se svou pupeční šňůrou.

Meditovat mohou těhotné ženy i v přírodě. Najdou si místo, kde nebudou rušeni, uvolní se a snaží se intenzivně myslet na své dítě. Mohou se pokusit s ním navázat kontakt. Dalším vhodným místem pro meditace může být například solná jeskyně.

Komunikace prostřednictvím hudby

Je všeobecně známo, že okolo 4. - 5. měsíce dokáže plod již reagovat na zvuk. Vnímá melodii, reaguje na zvuky, vnímá tóny, zabarvení hlasu. Ovšem slyší pouze frekvence nad 8000 Hz a to zejména hlas matky. Je také nutné si uvědomit, že sluch může být poškozen i v průběhu prenatálního života. A to např. tehdy, je-li vystaven frekvencím vyšším než 90 decibelů. Okolo 25. týdne dítě velmi intenzivně vnímá a často i silně reaguje na zvuk bicích nástrojů. Mnohé matky říkají, že dítě reagovalo tak razantně, že musely poslech hudby ukončit.

Mnohé studie prokázaly, že hudba skladatele Mozarta či Vivaldiho miminka uklidňuje, zklidní se srdeční rytmus i pohybová aktivita dítěte. Někteří odborníci dokonce mluví o tzv. Mozartově efektu. Na počátku 90. let minulého století byly zveřejněny výsledky výzkumů spojené s poslechem Mozartovy hudby. Bylo zjištěno, že pravidelný poslech vybraných skladeb Mozartovy hudby zlepšuje výsledky inteligenčních testů. Uvádí se, že na hudbu skladatele Beethovena či Brahmsa naopak reaguje plod zvýšenou pohybovou aktivitou. Začne kopat, měnit polohu v děloze.

Působením hudby na plod se zabýval již ve 30. letech minulého století francouzský lékař dr. Alfred Tomatis. Na základě několika experimentů se mu dokázalo prokázat, že plod starý přibližně čtyři měsíce dokáže vnímat zvuky, které vydává matčino tělo. Tlukot srdce, zvuky, které vydává činnost trávicího systému, ale i rytmus dechu, vibrace vydávané při řeči. Tlukot matčina srdce, tento pravidelný rytmus, má pro dítě uklidňující účinky. Tohoto faktu se využívá i po porodu, zejména předčasně narozených dětí, či dětí po traumatizujícím porodu, a je jim pouštěna nahrávka s tlukotem srdce.

Vědci v současnosti potvrzují, že hudba, kterou dítě poslouchalo v průběhu svého nitroděložního vývoje, může ovlivnit a značně podnítit rozvoj jeho hudebního nadání. Známý je například příběh Borise Brotta, dirigenta Filharmonického orchestru v Hamiltonu „Před několika lety jsem jednou večer poslouchal v rádiu interview s Brottem. Je to zajímavý člověk, obdařený vypravěčským talentem. Ten večer se ho ptali na operu. Na konci rozhovoru se ho moderátor zeptal, kdy ho začala zajímat hudba. Byla to jednoduchá otázka. Zdálo se mi, že ji položil spíš proto, aby vyplnil čas. Brott se ale zarazil, chvíli váhal a pak řekl: „No, možná se vám to bude zdát divné, ale hudba byla ve mně už před narozením.“ Překvapený moderátor ho požádal o bližší vysvětlení. „Už jako mladý muž“ řekl Brott „jsem byl překvapen svou neobvyklou schopností hrát některé skladby z paměti. Dirigoval jsem poprvé podle partitury a najednou se objevil part pro čelo; Znal jsem jeho pokračování ještě před tím, než jsem obrátil v partituře stránku. Jednou jsem se o tom zmínil před svou matkou, která byla profesionální cellistkou. Myslel jsem si, že ji to překvapí. A skutečně. Když ale slyšela, o které skladby šlo, vše se vyjasnilo. Byly to tytéž skladby, které matka hrávala tehdy, když mě čekala“ (T. Verny, 2009, s.3).

Nejnovější výzkumy prokazují, že poslech určité hudby již od prenatálního života může zvyšovat inteligenční kvocient až o několik bodů. A zároveň také zlepšovat i orientaci v prostoru.

Přestože ctím výsledky mnohých výzkumů, myslím, že důležitý není ani určitý výběr hudby. Předpokládám, že empatická matka zcela intuitivně vybere hudbu, která bude příjemná nejen jí, ale bude pozitivně působit i na dítě. Nehledě na to, že pokud by se žena nutila do hudby, která jí není blízká, či dokonce ženě navozuje nelibé rozpoložení, dítě tyto negativní emoce rozpozná a působí neblaze i na něj. Jako důležitější než výběr hudby

hodnotím čas a prostor, který si žena vyhradí jen pro sebe a své dítě, relaxuje a věnuje se kromě relaxace u hudby jen sobě a svému toužebně očekávanému dítěti.

Pokud chtějí těhotné ženy vybrat opravdu speciální hudbu určenou pro jejich nenarozené miminko, mohou si pořídit výběr speciální relaxační meditační hudby určené pro těhotné. Některé ženy automaticky upřednostňují ve svém výběru tradiční lidové písně či ukolébavky.

Komunikace prostřednictvím doteků

Jednou z další možností komunikace s miminkem je využití taktilních technik. Hmat dítěte se velmi intenzivně vyvíjí již od počátku prenatálního života. V průběhu života plodu se stále rozvíjí a zdokonaluje a plod je schopen reagovat na doteky, tlak, teplotu i bolest. Okolo 18. týdne je hmatové ústrojí dítěte natolik vyvinuto, že cítí doteky přes břišní stěnu matky.

Rodiče tudíž mohou navázat vědomý kontakt se svým miminkem i prostřednictvím dotyků. Mohou se ho přes bříško jemně dotýkat, hladit, mazlit se s ním. Někdy se dítě zklidní a užívá si slastně dotyků, někdy si s rodiči hraje. Vystrčí ručičku, nožičku pokud ho rodiče pošimrají či se snaží končetinu lehce zachytit, rychle s ní uhýbá, aby ji mohlo ukázat zase o kousek dál.

Pro senzitivní, vzájemný kontakt mezi plodem a jeho rodiči navzájem se občas v zahraniční literatuře používá speciálního pojmenování – haptonomie. Haptonomie bývá překládána jako „přiblížení se citovým dotekem“. Zakladatelem haptonomie je Frans Veldman, pocházející z Nizozemí. Metoda je rozšířena zejména ve Francii a německy mluvících zemích. Nejvíce uznávána je ve Francii. Praktikování haptonomie se doporučuje přibližně od poloviny těhotenství, od doby, kdy žena začne pociťovat pohyby plodu.

Prostřednictvím hmatu a pomocí doteků se mohou rodiče pokusit určit polohu miminka. Přesné určení polohy je zpravidla možné až v posledním trimestru těhotenství. Zároveň vyžaduje tato technika i určitou zručnost rodičů. Rodiče mohou určit, jak je dítě v dutině břišní uloženo, zda naléhá hlavičkou či koncem pánevním, případně, zda je

v šikmé či příčné poloze. Lze určit i o jaké postavení plodu se jedná. Zda o levé či o pravé. Tedy zda jsou záda miminka na levé či pravé straně. Některé děti i krátce před koncem těhotenství či dokonce ještě na začátku porodu tuto polohu mění. Většina dětí již ovšem po 36. týdnu zaujímá až do konce porodu definitivní polohu. S určením polohy plodu může rodičům prvně pomoci porodní asistentka či lékař.

Hladení břicha je jedním z nejčastějších kontaktů maminek s dítětem. Ale také otců a starších sourozenců. Maminky by měly dát možnost svým starším dětem, aby jí mohly hladit břicho. Maminka jim může ukázat, kde má jejich bratříček či sestríčka hlavičku, záda, ruce, nohy.

Jednou z technik, při které lze komunikovat s miminkem a zároveň posílit i partnerský vztah, je jemná masáž. Manžel si sedne za záda své partnerky, lehce jí obejmě a jemně masíruje břicho své ženy. Pro oba partnery se může masáž stát příjemnou relaxací, napomáhá odstraňovat únavu a stres. A navíc tímto způsobem také komunikují se svým dítětem.

Při masáží lze v rozumné míře využít i aromaterapeutických prostředků. Vhodně zvolené éterické oleje napomáhají navodit příjemnou atmosféru, zklidní mysl, uvolní či naopak povzbudí, dodají energii. Je ale vždy nutné poradit se s aromaterapeutem či zkušenou porodní asistentkou. Některé éterické oleje jsou pro těhotné částečně či zcela kontraindikovány.

Komunikace prostřednictvím tance

„Když těhotná žena tančí, nejen symbolizuje onu základní energii stvoření, ale skutečně s ní i splývá. Nejde o žádné krokové variace a přesné držení paží, ale naopak, tak jako v milování, tak jako při zrození, o splynutí s přítomným okamžikem, o bytí tady a teď... O oproštění se od všech strachů a očekávání... Skrze taneční pohyby vycházející z pánve, kterou můžeme vnímat jako kolébku miminka, dochází k uvolnění nejen na fyzické, ale i na psychické úrovni. Jemným způsobem se tak postupně odstraňují překážky, které by mohly případně bránit přirozenému porodu.“

Tamara Marková

Jednou z dalších možností, jak může těhotná žena navázat kontakt se svým miminkem je tanec. Tanec je jednou z nejintenzivnějších možností, jak navázat s miminkem kontakt. A asi také nejkrásnější možností. Nastává dokonalé uvolnění, nejen mysli, ale i těla, vzájemné naladění s miminkem a harmonický soulad. Mnohé maminky takto poprvé naváží niterní soulad s miminkem. Miminko prožívá příjemné, jemné houpavé pohyby, je lehce masírováno pohybem, vnímá hudbu. Houpavé pohyby též trénují a rozvíjí rovnovážné ústrojí plodu. Poslední výzkumy vyslovují domněnky, že vyvinuté ústrojí pro rovnováhu koreluje s mírou inteligence. Inteligenční kvocient se zvyšuje.

Tanec napomáhá i k psychické pohodě ženy. Zcela si uvědomuje svou ženskost, posiluje svou mysl, podporuje sebedůvěru ve své tělo a své schopnosti. Nezanedbatelným faktem je i to, že žena posiluje svalstvo pánevního dna a břišní svaly, které jsou potřebné pro zdárný průběh těhotenství, porod samotný a také rychlou poporodní regeneraci.

Komunikace prostřednictvím Reiki

Reiki komunikace je speciální způsob předávání energie. Jedná se o využití energie nacházející se v okolním prostoru. Otevření vlastních energetických kanálů a předávání této energie dále. V případě těhotenství se jedná o výměnu energie mezi matkou a dítětem. Energii může předávat i otec dítěte. Dochází k navození vzájemného souznění.

Komunikace prostřednictvím estetického zážitku

Některé ženy komunikují se svým nenarozeným dítětem také prostřednictvím estetického prožitku. Například pomocí výtvarných technik jako je kresba na břicho ženy. Plod pociťuje doteky ženy přes břicho, vnímá stíny. Také si uvědomuje radost matky. Matka vyplavuje endorfiny, které se prostřednictvím placenty dostávají i k dítěti.

Komunikace prostřednictvím pohybů plodu

Zatím zde byly uvedeny komunikační prostředky, kterými navazuje spojení s plodem matka. Ale i nenarozené miminko může samo navázat komunikaci. A to prostřednictvím svých pohybů. Některé doteky plodu jsou vnímány jako drobné šimrání, lehké a jemné doteky, jiné naopak vnímá žena velmi intenzivně, či dokonce mohou být pro ni nepříjemné. Žena může dát svému dítěti najevo, že o něm ví, pohladit ho, promluvit na něj. Může vypozerovat na které podněty dítě reaguje podrážděně, co ho naopak uklidňuje.

Komunikace prostřednictvím světla

Asi od 16. týdne je plod schopen reagovat na zrakové impulsy přicházející zvenčí. Reaguje na přímé sluneční paprsky i na umělé světlo. Intenzivní světlo je ale pro plod pravděpodobně nepříjemné, proto není tato technika příliš doporučována.

Komunikace prostřednictvím přístroje BabyPlus

BabyPlus je přístroj, který vydává zvuky simulující tlukot srdce matky. Jedná se o pás s reproduktory, který si těhotná žena připne na své břicho 2xdenně po jedné hodině. Cílem této zvukové stimulace je upevňování nervových spojů. Autorem tohoto přístroje je psycholog Brent Logan, který přístroj uvedl na trh již v roce 1987. Nejvíce je rozšířen v USA, kde je od roku 1987 zaznamenáno více než sto tisíc uživatelů. V ČR byl uveden v roce 2000, ale zatím zde není dostatečná zpětná vazba na tuto techniku prenatální komunikace a prenatálního učení.

4 Výzkumná část

4.1 Vytyčení výzkumného problému

V souladu se svou diplomovou prací se budu v této výzkumné části diplomové práce i nadále zabývat prenatální komunikací a možnostmi utváření osobnosti člověka v průběhu prenatálního života.

Při přípravě výzkumné části jsem si položila základní otázky.

Komunikují těhotné ženy (ale i otcové) se svým ještě nenarozeným miminkem?

Pokud ano, jakým způsobem, jakými technikami?

Vypozorovali rodiče po porodu svého dítěte, že dítě na tyto praktikované metody reaguje?

4.2 Vymezení výzkumného pole

Možností zkoumání způsobů prenatální komunikace, reakcí plodu na různé impulsy a vlivů utvářející osobnost člověka již v průběhu prenatálního života je mnoho. Dané výzkumy by byly zcela jistě velmi zajímavé a přínosné. V rámci diplomové práce je bohužel mnoho průzkumů nerealizovatelných. A to z několika důvodů. Jedním z mnoha příčin je i důvod časový. Pokud bych chtěla například zkoumat školní úspěšnost dětí, s kterými jejich matky v průběhu těhotenství komunikovaly či naopak nekomunikovaly, potřebuji na provedení výzkumu řadu let. Další příčinou jsou důvody legislativní a etické. Mnohé invazivní metody, které byly prováděny např. v USA jsou v našich podmínkách z hlediska legislativního či etického nemožné. A já osobně s tímto zcela souhlasím. Nepokládám za vhodné činit z někoho, kdo se nemohl k dané problematice vyjádřit, pokusný cíl, třebaže by byl důvod či záměr sebelepší. Zejména právě v těchto případech,

kdy může být velmi zásadně ohrožen život či zdraví plodu nebo těhotné ženy. Avšak i rozsáhlé výzkumy s využitím neinvazivních metod, např. pomocí ultrazvukového přístroje, nelze v současné době v naší republice vykonávat. Ultrazvukové vyšetření je sice považováno za bezpečné, nicméně nikdy nelze zaručit naprostou bezpečnost. Přesto by se u této metody našel asi dostatečně velký reprezentativní vzorek. Jelikož ultrazvukové vyšetření probíhá v průběhu těhotenství minimálně 3x a mnozí rodiče jsou rádi když mohou pomocí tohoto přístroje své miminko vidět, jistě by velká část z nich, souhlasila s prodlouženou dobou vyšetření, za účely výzkumu. Např. ultrazvuková kontrola toho, jak plod reaguje na určitý druh hudby, hlas matky apd. Nastává zde ovšem problém personální a kapacitní. V perinatologických centrech či specializovaných sonografických pracovištích většinou probíhají výzkumy, které se vztahují např. k oblasti genetiky a na další výzkumy zde již není prostor. Je zde i problematika těžce uchopitelné metodologie a zpracování výsledků.

Z těchto důvodů jsem musela zcela zřetelně vymezit výzkumné pole a zvolit metodu, tak aby byl výzkum realizovatelný.

4.3 Formulace předpokladů a očekávání

Na základě prostudované literatury a publikovaných výsledků dosavadních výzkumů prenatálních psychologů a jiných odborníků a také na základě své praxe a osobní zkušenosti, jsem stanovila následující hypotézy:

H1 Těhotné ženy komunikují se svým ještě nenarozeným dítětem.

H2 Budoucí matky využívají hlavně hlasových technik. Mluví s miminkem, zpívají mu, pouštějí mu hudbu.

H3 Dítě po narození reaguje na tyto známé podněty.

4.4 Výběr vzorku a vysvětlení volby

Cílovou skupinou mého průzkumu byly ženy, které mají z vlastního těhotenství alespoň jedno dítě. Výběr nebyl podmíněn věkem, počtem těhotenství, partnerským stavem, vzděláním, průběhem prenatálního, perinatálního či postnatálního období.

Ženy byly osloveny s prosbou o vyplnění dotazníků. Byl jim popsán důvod tohoto výzkumu a krátce jim byla vysvětlena daná problematika. Účast na průzkumu byla zcela dobrovolná a náhodná. Jelikož se může jednat pro mnohé o velice intimní a citlivou oblast, byla samozřejmostí naprostá anonymita výzkumu. Zároveň jsem respondentky seznámila s tím, jakým způsobem budou získaná data zpracována. Pro ty, které daná problematika zajímala, byla dána možnost, že mohou být seznámeny s výsledky výzkumu.

4.5 Popis využití metody

Pro zamýšlený výzkum jsem zvolila formu dotazníku. Jednalo se o zcela jednoduchý dotazník, obsahující celkem 26 otázek. Většina otázek byla uzavřených (19), část polouzavřených (2) a pět otázek bylo otevřených. Cílem otevřených otázek bylo získat zcela konkrétní, autentický popis techniky, případně osobní údaj. První část dotazníku byla zaměřena na konkrétní oblasti prenatální komunikace, v druhé části byly anonymně získávány údaje o respondentce.

4.6 Získávání dat

Data jsem získávala v období od 2.2. 2009 do 15.2. 2009, a to elektronickým způsobem. Využila jsem služeb webových stránek <http://www.vyplnto.cz>. Zde jsem uveřejnila dotazník. Zároveň jsem oslovila maminky, které se účastní různých tematicky zaměřených diskuzí, s odkazem na dotazník <http://www.vyplnto.cz/databaze-dotazniku/prenatalni-komunikace/> a s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku.

4.7 Způsob zpracování dat

Veškerá získaná data, včetně možnosti vyhodnocení různých vzájemných souvislostí mi byla vygenerována na výše uvedených stránkách. Následně jsem si ještě osobně vyhodnocovala veškeré dotazníky sama.

4.8 Výsledky

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 405 žen. Otázky, na které ženy odpovídaly, byly ve většině případů uzavřené. Některé polouzavřené. Cílem dvou otevřených otázek bylo získat co nespecifičtější odpověď.

Odpovědi na položené otázky jsou zobrazeny ve formě tabulek a grafů. Odpovědi na dvě otevřené otázky jsou zpracovány podrobněji. Některé odpovědi jsou z důvodů zachování autentičnosti ponechány v přesném znění.

Nejdříve jsem se snažila zjistit postoje žen k prenatální komunikaci. V úvodní otázce bylo cílem získat informace o povědomí respondentek o prenatální komunikaci. Z výsledků vyplívá, že 388 respondentek, což činí 97% žen, již někdy o tomto způsobu komunikace slyšelo. Z tohoto počtu se 177 žen o možnosti komunikace s nenarozeným dítětem zajímá.

Tab. č. 1

Slyšela jste někdy o prenatální komunikaci?

	Počet	Procentuelně
Ano, velmi se o způsoby komunikace s miminkem v těhotenství zajímám	177	43.7%
Ano, slyšela, ale nezajímám se blíže o možnosti této komunikace	211	52.1%
Ano, ale nevěřím na možnost komunikace s nenarozeným miminkem	5	1.23%
Ne, nevím o co se jedná	12	2.96%

Graf. č. 1



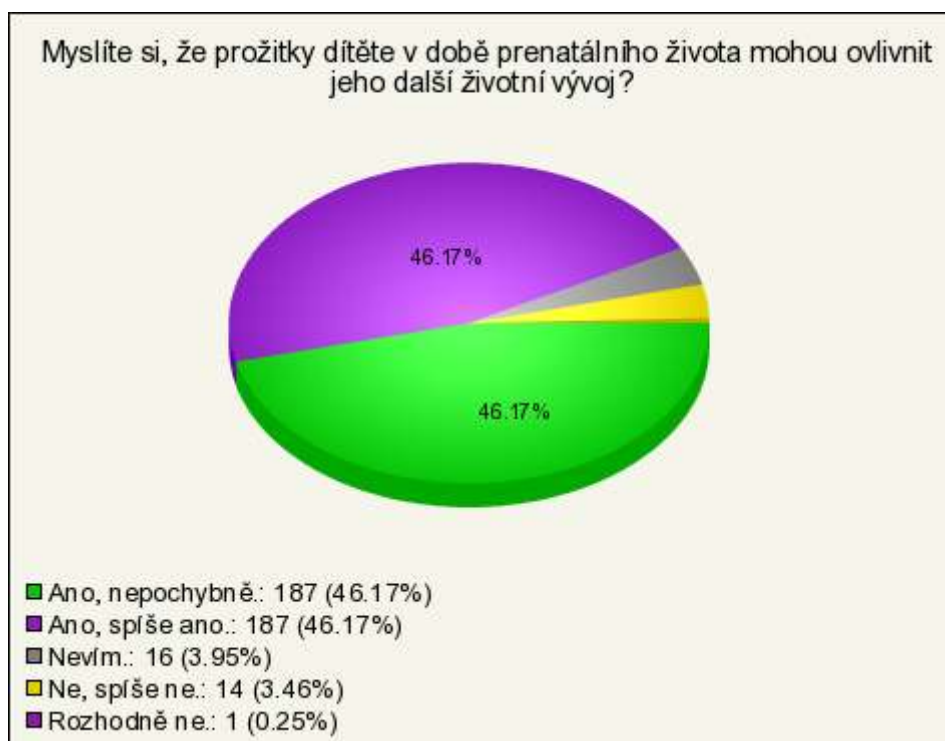
Většina respondentek si zároveň myslí, že prožitky v průběhu prenatálního života mohou ovlivnit další život lidského jedince.

Tab. č. 2

Myslíte si, že prožitky dítěte v době prenatálního života mohou ovlivnit jeho další životní vývoj?

	Počet	Procentuelně
Ano, nepochybně	187	46,17%
Ano, spíše ano	187	46,17%
Nevím	16	3,95%
Ne, spíše ne	14	3,46%
Rozhodně ne	1	0,25%

Graf. č. 2



Další otázky se již týkaly konkrétních komunikačních technik, s cílem zjistit, pokud ženy s dítětem v průběhu těhotenství komunikovaly, tak jakým způsobem.

Bylo zjištěno, že většina žen v průběhu svého těhotenství na své miminko, alespoň příležitostně mluvila.

Tab. č. 3

Mluvila jste v průběhu těhotenství na své miminko?

	Počet	Procentuelně
Ano, pravidelně	226	55,8%
Ano, příležitostně	153	37.78%
Výjimečně	24	5,93%
Ne, nemluvila	2	0,49%

Graf. č. 3



Z těch žen, které komunikovaly se svým dítětem již v průběhu prenatálního života, je většina přesvědčena, že miminko po narození reagovalo na jejich hlas pozitivněji, než na hlas cizích osob.

Tab. č. 4

Pokud ano, vnímala jste, že vaše miminko reagovala již i krátce po porodu na váš hlas pozitivně a byl tento váš hlas pro něj více uklidňujícím, než hlas cizích osob (porodních asistentek, zdravotních sester, lékařů...)?

	Počet	Procentuelně
Ano, jsem o tom přesvědčena	140	35,18%
Ano, spíše ano	126	31,66%
Nevím	91	22,86%
Ne, nepozorovala jsem rozdíl	41	10,3%

Graf. č. 4



Zároveň jsem zjišťovala, zda s nenarozeným dítětem verbálně komunikovali také partneři žen. Celkem 268 partnerů komunikovalo se svým nenarozeným dítětem alespoň příležitostně. Výjimečně 100 partnerů a vůbec se svým dítětem verbálně nekomunikovalo 37 otců.

Tab. č. 5

Komunikoval s vaším nenarozeným miminkem i váš partner?

	Počet	Procentuelně
Ano, pravidelně	77	19,01%
Ano, příležitostně	191	47,16%
Výjimečně	100	24,69%
Ne, nemluvil	37	9,14%

Graf. č. 5



Přestože se většina žen (66,8%), v případě že se svým dítětem v průběhu prenatálního života komunikovala, domnívala, že jejich dítě po porodu na jejich hlas spíše reagovalo, o reakcích dítěte na hlas otcův již přesvědčena takto jednoznačně není. Velké množství respondentek nebylo schopno reakci dítěte na otcův hlas vyhodnotit.

Tab.č. 6

Pokud ano, reagovalo miminko po porodu na jeho hlas pozitivně?

	Počet	Procentuelně
Ano, jsem o tom přesvědčena	57	14,69%
Ano, spíše ano	129	33,25%
Nevím	135	34,79%
Ne, nevypozorovala jsem	67	17,27%

Graf. č. 6



Většina žen, alespoň příležitostně svému miminku zpívala. Necelá jedna pětina žen nezpívala dítěti vůbec.

Tab. č. 7

Zpívala jste svému dítěti v průběhu těhotenství?

	Počet	Procentuelně
Ano, pravidelně	82	20,25%
Ano, příležitostně	145	35,8%
Výjimečně	99	24,44%
Ne, nezpívala	79	19,51%

Graf. č. 7



Poněkud více žen pouštělo svému dítěti alespoň hudbu. Pouze necelých 16% nepouštělo hudbu žádnou.

Tab. č. 8

Pouštěla jste mu hudbu?

	Počet	Procentuelně
Ano, pravidelně	103	25,43%
Ano, příležitostně	155	38,27%
Výjimečně	83	20,49%
Ne, nepouštěla	64	15,8%

Graf. č 8



Cílem následující otázky bylo zjistit, jakou hudbu, v případě, že byla pouštěna, ženy vybíraly. Jednalo se o otázku otevřenou. Výčet byl opravdu rozličný. Jelikož se jednalo o otázku volnou, mohl každý uvést i větší výčet. Některé ženy napsaly pouze žánr, který poslouchaly, jiné blíže specifikovaly. Každá žena mohla napsat i více žánrů či interpretů. Zpracování bylo vzhledem k charakteru otevřené otázky náročné, výčet velký, přesto zde uvedu odpovědi respondentek.

Nejčastěji byla zmiňována hudba klasická. V 36 případech nebylo blíže určeno, kterému zpracování či skladateli dávala žena přednost. Ve 13 případech byl zmíněn Mozart, 4x Vivaldi, 2x Beethoven, jednou Dvořák, Bach a Čajkovskij. Další početnou skupinou byla relaxační a meditační hudba zastoupena 33x. Speciální hudbu pro těhotné ženy a nenarozená miminka napsalo 13 žen. Dětské písničky, včetně písniček z pohádek, byly uvedeny v 16 případech, ukolébavky 3x. V jednom případě byly zmíněny písničky Karla Gotta pro miminka. Lidové písničky v pěti případech. Populární hudbu napsalo 23 žen, rockovou 18, folkovou 10, country 6, metalovou 3, orientální, hip-hop a taneční 2, jazzovou, bluegrass, latinskoamerickou a alternativní po jedné respondentce. Jedenáct žen uvedlo, že poslouchalo hudbu pouštěnou v rádiu.

Další ženy uvedly výčet konkrétních hudebních skupin či interpretů. Byly například zmíněny tyto hudební skupiny či spolky: Abba, Bon Jovi, Čechomor, Divoký Bill, Elán, Enigma, Era, Hradišťan, Individuo, Kabát, Kamelot, Koa, Linkin Park, Lunetic, Nerez, No Name, Pink Floyd, Queen, Sestry Steinovy, Tři sestry. Interpreti: Jacques Brel, Leopard Cohen, Michal David, Georg Michael, Tracy Chapman, Petr, Kotvald, Daniel Landa, Madonna, Richar Müller, Jarek Nohavica, Raduza, Eroze Ramazzotti, Roland Santé, Bruce Springsteen, Sting, Zdeněk Svěrák s Jaroslavem Uhlířem, Miro Žbirka aj.

Něteré z žen uváděly, že miminku pouštěly hudební hračku, či že bylo miminko zvyklé na znělku nějakého televizního pořadu. Další z respondentek psala, že dítěti nepouštěla hudbu, ale spíše mluvené slovo. Uváděla například příběhy Spejbla a Hurvínka. Jedna z respondentek zase uváděla, že hrála dítěti na kytaru.

Z výše uvedeného je zřejmé, že výčet je opravdu velký. Někdy se výběr hudby shoduje s doporučením prenatalních psychologů, v některých případech byla pouštěna hudba, která naopak doporučována není.

Větší část žen, které v průběhu svého těhotenství pouštěly hudbu, nedokázaly vyhodnotit, zda po narození jejich dítě na hudbu, kterou slýchávalo v průběhu svého nitroděložního vývoje, reagovalo.

Tab. č. 9

Pozorovala jste, zda vaše dítě po narození na tuto hudbu reagovalo?

	Počet	Procentuelně
Ano, rozhodně reagovalo	60	14,81%
Ano, spíše reagovalo	106	26,17%
Nevím	171	42,22%
Ne, nereagovalo	68	16,79%

Graf. č. 9



Pokud respondentky uvedly, že ano, hodnotily tyto reakce převážně jako kladné.

Tab. č. 10

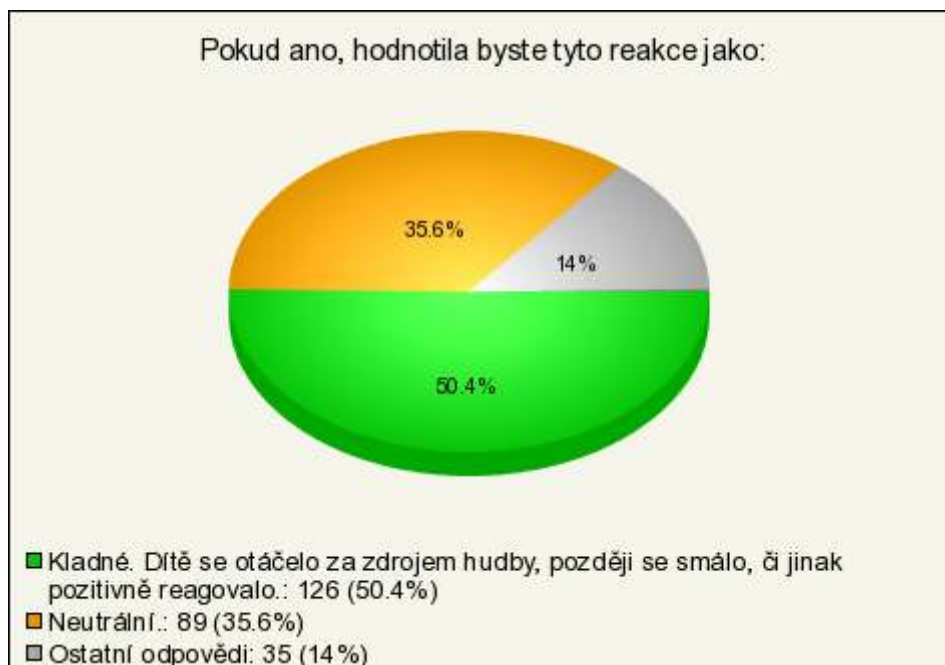
Pokud ano, hodnotila byste tyto reakce jako:

	Počet	Procentuelně
Reakce byla kladná	126	50,4%
Reakce byla neutrální	89	35,6%
Ostatní odpovědi	35	14%

Mezi ostatními byly uvedeny či popsány například následující reakce:

Dítě se otáčelo za zdrojem hudby, později se smálo, či jinak pozitivně reagovalo, dítě se uklidnilo, zklidnilo, hudba ho uklidňovala, dítě přestalo brečet, bylo spokojené, lépe usínalo.

Graf. č. 10



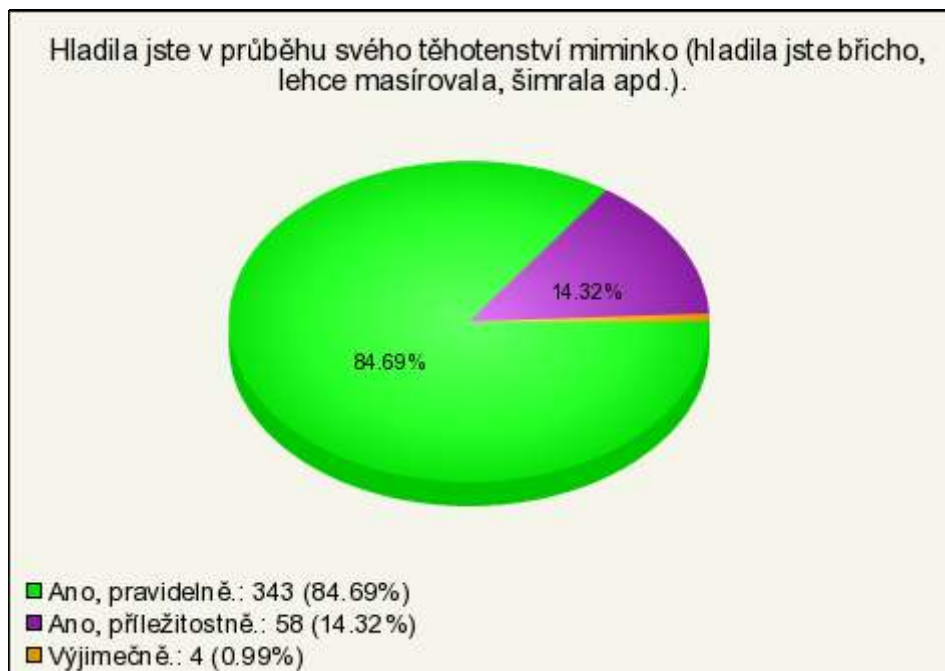
Na základě odpovědí žen bylo zjištěno, že naprostá většina z nich komunikovala se svým dítětem prostřednictvím doteků. Pouze čtyři ženy, tedy ani ne jedno procento respondentek, uvedly, že prostřednictvím doteků, například hlazením břicha, se svým dítětem nekomunikovaly.

Tab. č. 11

Hladila jste v průběhu svého těhotenství miminko (hladila jste břicho, lehce masírovala, šimrala apd.)?

	Počet	Procentuelně
Ano, pravidelně	343	84,69%
Ano, příležitostně	58	14,32%
Výjimečně	4	0,99%

Graf. č. 11



Matky využívající tohoto komunikačního prostředku hodnotily reakce narozeného miminka na dotyk většinou kladně. Pouze pět žen hodnotilo reakce miminka jako záporné. Mezi ostatními reakcemi lze nalézt většinou kladné odpovědi. Ženy zejména uváděly, že se miminko zklidnilo.

Tab. č. 12

Pokud ano, reakce vašeho miminka po narození na dotyk byste hodnotila jako:

	Počet	Procentuelně
Kladně	326	84,02%
Neutrálně	41	10,57%
Záporně	5	1,29%
Ostatní odpovědi	16	4%

Graf. č. 12



V dotazníkovém šetření jsem se snažila získat také informaci, zda se ženy snažily v průběhu těhotenství komunikovat se svým dítětem také prostřednictvím estetického zážitku, například prostřednictvím kresby na své břicho. Většina žen uvedlo, že tímto způsobem nekomunikovala. Pouze tři ženy uvedly, že takto komunikovaly se svým dítětem pravidelně.

Tab. č. 13

Komunikovala jste se svým miminkem v průběhu těhotenství i prostřednictvím estetických zážitků (např. kreslení na břicho)?

	Počet	Procentuelně
Ano, pravidelně	3	0,74%
Ano, příležitostně	25	6,17%
Výjimečně	39	9,63%
Ne, nekomunikovala	338	83,46%

Graf. č. 13



Více než polovina respondentek se také nepokoušela navázat komunikaci se svým miminkem prostřednictvím „napojení myšlenek“, meditací a jinými podobnými technikami.

Tab. č. 14

Snažila jste se na své miminko v průběhu těhotenství tzv. „napojit“, svými myšlenkami, meditací apd.?

	Počet	Procentuelně
Ano, pravidelně	68	16,79%
Ano, příležitostně	75	18,52%
Výjimečně	51	12,59%
Ne, nezkoušela	211	52,1%

Graf. č. 14



Většina žen, dokonce tři čtvrtiny z celkového počtu, uvádí, že v průběhu těhotenství netančily. Alespoň příležitostně tančilo 60 žen, což je necelých 14% respondentek.

Tab. č. 15

Tančila jste v průběhu těhotenství (břišní tanec, tanec rodiček)?

	Počet	Procentuelně
Ano, pravidelně	24	5,93%
Ano, příležitostně	36	8,89%
Výjimečně	40	9,88%
Ne, netančila jsem	305	75,31%

Graf. č. 15



Další otázkou jsem se snažila zjistit od žen, které tančily, jakým způsobem jejich děti po porodu reagovaly na houpavé pohyby. Jednalo se o otázku nepovinnou, na kterou měly odpovídat pouze ženy, které alespoň výjimečně v průběhu těhotenství tančily. Těchto žen bylo 100. Přesto na tuto otázku odpovědělo 144 žen. Odpovědi budou tedy v tomto případě zkreslené. Z odpovědí však jednoznačně vyplývá, že tyto děti reagovaly i po porodu na houpavé pohyby kladně.

Tab. č. 16

Pokud ano, jak reagovalo vaše dítě po porodu na houpavé pohyby?

	Počet	Procentuelně
Rozhodně kladně	78	58,21%
Spíše kladně	29	21,64%
Neutrálně	14	10,45%
Ostatní	13	10%

Graf. č. 16



Cílem další otázky bylo zjistit zda, a případně jaké jiné metody navázání komunikace s miminkem ženy používaly. Několik žen uvedlo své speciální způsoby a osobní postřehy. Pro zachování autentičnosti ponechávám většinou doslovná znění textů, které ženy napsaly, maximálně doplněné o diakritiku.

Několik žen uvádí, že se snažilo myšlenkově spojit s jejich miminkem, že mu vysvětlovaly své pocity, připravovaly je na situaci po porodu. Některé z nich se snažily o přímé spojení s miminkem. Dvě z respondentek píše, že komunikovaly s dítětem přes hladinu alfa. Zároveň jedna z těchto žen uvádí, že absolvovala kurz komunikace myšlenkami, z kterého byla nadšena. Píše: „V alfe mi Honzík řekl, že nemám jíst v těhotenství tolik mandarinek, že mu to nedělá dobře. Když se pak narodil, tak asi v šestinedělí jsem snědla mandarinku a on se osypal. Takže podle mne to funguje. Já jsem si s ním povídala o všem a připravovala jsem ho na příchod na svět. Je hrozné zlatíčko a mazel a je to hodné, klidné dítě. Věřím, že tato komunikace funguje.“

Další žena vysvětluje: „S oběma svými dětmi jsem v těhotenství komunikovala i v myšlenkách a vysvětlovala svoje pocity, hlavně pokud byly negativní“
Následující maminka se svěřuje: „byli jsme jedna jednotka, i bez komunikace jsme o sobě pořád věděli, tak je to stále „

Ojedinelý způsob souznění byl jednou z žen popsán takto: „Četla jsem ji. Myslela na ni. Nechala ji vybírat šatičky - kopnutím zevnitř. Vybírala si hudbu, přehrávala jsem jí CD a čekala na její odpověď. Sama si vybrala hudbu k porodu. Porod sám o sobě byl fantastický a velice spirituální“.

Zajímavá je odpověď této ženy: „Kromě výše uvedených způsobů ne, jen jsem se snažila, aby skrze mne přijímalo informace o světě v co nejšetrnější formě. Takže jsem miminko nevystavovala zbytečným náporům dnešní doby, jako je prenatální video, nebo fotografování. Také jsem nesledovala zpravodajství, černé kroniky a kruté filmy. Zkrátka jsem chtěla, aby se miminko nebálo přijít na svět a aby se sem k nám těšilo. A k tomu mi hudba, zpěv i povídání si velice pomohlo. Místo tance jsem přidala cvičení, plavání a výlety; do poslední chvíle jsem chodila do práce, která mě naplňovala, byla jsem mezi lidmi, které mám ráda a se kterými jsem se smála, zkrátka pohoda. A snad to jde na miminku vidět, ze všeho nejvíc ho zajímají smějící se lidé, hudba a pobyt venku v přírodě.“

Tři z žen napsaly, že komunikovaly s miminkem prostřednictvím Reiki.

Často se vyskytovala odpověď, že svému dítěti, někdy i společně s manželem četli pohádky. Některé píšou, že již v průběhu prenatalního života, oslovovali své dítě jménem. Napsáno je i toto: „četba, vyprávění a popisování místa, kde bude miminko žít a s kým včetně okolí, opakovala jsem, jak se na ně těšíme a milujeme jej“.

Dvě ženy uvedly, že používaly přístroj BabyPlus. Jedna z těchto paní, popisuje reakci miminka tímto způsobem. „Ano, používala jsem přístroj BabyPlus. Vždy se mi dostalo odezvy ve formě kopnutí. Ke konci těhotenství jsem měla pocit, že miminko vyžaduje, abych mu přístroj pouštěla. Kopalo a kopalo a teprve po puštění se uklidnilo. Porod byl rychlý, bezproblémový, miminko klidné, spavé. V roce nádherně komunikuje, rozumí dlouhým souvětím, chodí úplně samo od 10ti měsíců. Jsem ráda, že jsem přístroj mohla používat.“

Další způsob komunikace, prostřednictvím relaxace, je popsán zde: „Pravidelně jsem večer relaxovala v napuštěné vaně v aromatické lázni, což byl rituál, kdy jsem se "věnovala" pouze svému děťátku v bříšku, obě jsme se uvolnily, snažila jsem se na něj naladit a dát mu tím vším najevo, že tu jsem pro něj, aby rostlo, vyvíjelo se a těšilo se na další život. Považuji to za velice důležité, protože během dne jsem při posledním těhotenství byla velice vytížená do poslední chvíle. Také jsem často myslela při jídle na to, že posílám svému děťátku potřebné věci k jeho růstu a vývoji a na to, že si ze mne a z toho, co do svého těla přijímám má vzít to nejlepší.“

Ojedinelý způsob komunikace, prostřednictvím světla je popsán jednou z žen takto: „Svítila jsem na bříško baterkou. Miminko se v bříšku začalo výrazně pohybovat za zdrojem světla.“ Tato žena také píše: „Dále jsme hráli na honěnou. Tlačila jsem na různá místa na bříšku a miminko za tlakem "šlo". Nyní hrajeme na honěnou v podstatě nepřetržitě celý den. A ještě jsem brala celé bříško do dlaní a houpala s bříškem. Vždycky to byla velká legrace. Miminko se vždy probudilo. Takto jsem miminko budila, když jsme chodili na monitor k paní doktorce.“

Taktilní způsob komunikace je vyličen i zde: „Vždy když jsem cítila nožičku či ručičku, hladila jsem intenzivněji to místo na bříšku a cítila od miminka "odpověď“.

Podobné je i toto sdělení: „hlazení břicha, ťukání na břicho - dítě dokonce na toto ťukání odpovídalo kopáním“.

Další respondentka popisuje, jak se do komunikace zapojila i její starší dcera: „U druhého potomka, kterého čekáme nyní se snažíme zapojit hodně i naši dcerku (2 roky 4 měsíce). Hodně mazlíme bříško, mluvíme na něj, dáváme dobrou noc apod.“

Mezi dalšími technikami je zmíněna například kineziologie, komunikace prostřednictvím a pomocí mateřské intuice, imaginace či třeba ťukání prsty do rytmu hudby.

Uvedené dotazníkového šetření se zúčastnilo, jak již bylo uvedeno, celkem 405 žen. Většina z těchto žen popisovala komunikaci, která se týkala jejich prvního dítěte. Jednalo se o 277 žen, což je 68.4% z celkového počtu. O svém druhém a třetím těhotenství se zmiňovalo 99 a 20 žen, což je 24,44% a 4,94%. Třikrát zde bylo zastoupeno čtvrté těhotenství a po jednom páté, šesté a desáté těhotenství. Průměr byl 1,31 těhotenství, což vypovídá v současné době statistickému průměrnému počtu dětí na jednu ženu.

284 zúčastněných žen se v době porodu nacházelo ve věkovém období 25 – 31 let. Průměrné ženě bylo 28 let. Nejmladší rodičce bylo 17 let, naopak nejstarší 42.

Nejvíce bylo zastoupeno vysokoškolské vzdělání, celkem 142 žen, což je 35% respondentek, které měly uvedlo, že jsou absolventkami vysoké školy. Mezi respondentkami bylo pouze 31 žen, tedy necelých 8%, které byly pouze vyučeny, či měly dokonce základní vzdělání. Výzkumu se tedy zúčastnily spíše ženy s vyšším vzděláním, než jaký je statistický vzorek mezi současnými rodičkami. Toto zkreslení bylo jistě způsobeno skutečností, že průzkum byl prováděn prostřednictvím online dotazníku.

Pouze jedna z žen uvedla, že se ze svého těhotenství netěšila. Většina žen označovala své těhotenství za očekávané a žádoucí. Menší část označovala sice těhotenství za neplánované, přesto udávaly, že se na své dítě těšily. Většina žen také označovala jejich vzájemný vztah s otcem dítěte za velmi dobrý, či alespoň spíše dobrý. Vztah jako špatný označilo devět žen a pět žen uvedlo, že s otcem dítěte vztahy přerušilo.

Většina žen se také přiklání k názoru, že i v případě dalšího těhotenství bude se svým dítětem nějakým způsobem komunikovat. 246 uvedlo, že rozhodně bude s dítětem komunikovat a 103 žen se domnívá, že spíše ano. Spíše či rozhodně nebude komunikovat sedm žen.

4.9 Vyhodnocení hypotéz

Na počátku výzkumu jsem si stanovila následující hypotézy:

H1: Těhotné ženy komunikují se svým ještě nenarozeným dítětem.

H2: Využívají hlavně hlasových technik. Mluví s miminkem, zpívají mu, pouštějí mu hudbu.

H3: Dítě po narození reaguje na tyto známé podněty.

Na základě sdělení respondentek bylo zjištěno:

H1 a zároveň i H2 byly potvrzeny. Z celkového počtu 405 respondentek pouze 2 ženy uvedly, že na své dítě v průběhu těhotenství nemluvily. Což je necelé půl procento všech zúčastněných. Bylo i potvrzeno, že techniky s využitím hlasu byly použity nejčastěji. H3 nemůže být jednoznačně potvrzena. U verbálních technik se sice většina žen (viz tabulka č. 4 domnívá, že dítě po narození reagovalo na jejich hlas pozitivně. Jednoznačná shoda však již není názorech na reakci miminka na partnerův hlas (viz tabulka č. 6). Respondentky ani nemohou jednoznačně potvrdit, zda dítě po porodu reagovalo na hudbu, která jim byla pouštěna v průběhu jejich prenatálního života (viz tabulka č. 9). V případě, že byla vypořazována reakce na známou hudbu, hodnotily ženy tuto reakci jejich dítěte spíše jako kladnou (viz tabulka č. 10).

Závěr

Diplomová práce se zabývá utvářením osobnosti v průběhu prenatálního života a důsledky tohoto utváření pro život a výchovu po narození. V textu jsou uvedeny konkrétní možnosti jak komunikovat s nenarozeným dítětem. Jedná se o možné způsoby behaviorální komunikace. Některé z uvedených technik jsou všeobecně známé, jiné jsou méně obvyklé. Důležitou součástí této diplomové práce je výzkum, jehož cílem bylo vypátrat, zda ženy navazují komunikaci s nenarozeným dítětem. U žen, které komunikují, zjistit pomocí jakých technik a s jakým výsledkem. Bylo zjištěno, že ženy s nenarozeným dítětem komunikují a nejčastěji používají verbálních technik. Reakce dítěte na známé stimuly po narození nebyly zcela potvrzeny. Jedná se ale o velmi subjektivní a velice citlivou záležitost.

Obor prenatální psychologie má poměrně krátkou minulost, ovšem jsem přesvědčena, že velkou budoucnost. Již v současné době je předmětem mnoha bádání otázka, nakolik ovlivňuje nitroděložní vývoj plodu jeho další život po narození. Mnohá významná světová pracoviště se zabývají duševním životem plodu a hledají možné způsoby, jak nejlépe působit na plod a tím mu umožnit lehčí start do života. Pracoviště naší republiky v tomto oboru lehce zaostávají. V současné době není žádné odborné centrum, které by se specializovalo a intenzivně zabývalo duševním životem nenarozeného dítěte. Jak jsem již v předchozích kapitolách zmínila, je zde problém etický, právní, kapacitní a také finanční. V současných podmínkách není reálné provádět rozsáhlé výzkumy, zejména za použití invazivních metod, tedy metod, které mohou znamenat pro dítě i matku určité, byť třeba minimální, riziko. Ale je zde prostor pro mnoho jiných, z hlediska zdraví matky a plodu, nerizikových a eticky přijatelných metod. Nevyužitý potenciál vidím zejména ve společné práci psychologů, pedagogů a perinatologů.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BALCAR, K.: *Úvod do studia psychologie osobnosti*. Praha, SPN 1983.
- BALHAROVÁ, J., ŠPORCROVÁ, I.: *Role otce při utváření sociálních vlastností dítěte*. Psychológia a patopsychológia dieťaťa, 2002, roč. 37, č. 1, s. 36-50.
- COURDIS, M., COURDIS, R.: *Hovory s nenarozeným dítětem: Duchovní průvodce uvědoměným těhotenstvím*. Praha, Práh 1997. ISBN 80-85809-68-0.
- ČÁP, J., ČECHOVÁ V., ROZSYPALOVÁ, M.: *Psychologie*. Nakladatelství H H, Praha 1998. ISBN 80-86022-36-6.
- ČÁP, J., MAREŠ, J.: *Psychologie pro učitele*. Praha, Portál 2001. ISBN 80-7178-463-X.
- ČECH, E. HÁJEK Z., MARŠÁL, K., SRP, B.: *Porodnictví*. Praha, Grada 1999. ISBN 80-7169-355-3.
- ČÍŽKOVÁ J. A KOL. *Přehled vývojové psychologie*. UP, Olomouc, 1999. ISBN 80-244-0629-2.
- DOLEŽALOVÁ, J.: *Porod doma*. Praha, Formát 2004. ISBN 80-86718-46-8.
- DRAPELA, V.J.: *Přehled teorií osobnosti*. Praha, Portál 1997. ISBN 80-7178-134-7.
- DYLEVSKÝ, I.: *Základy anatomie a fyziologie člověka*. Olomouc, Epava 1995. ISBN 80-901667-0-9.
- Encyklopedie rodičovství* Larousse. Praha, Slováry 1996. ISBN 80-85871-89-0.
- Fascinující svět nenarozených dětí*. Děti a my, 1990, roč. 20, č. 4, s. 25-28.
- GILLNEROVÁ, I. a kolektiv: *Slovník základních pojmů z psychologie*. Praha, Fortuna 2000. ISBN 80-7168-683-2.
- GILLERNOVÁ, I., BURIÁNEK, J.: *Základy psychologie a sociologie*. Praha, Fortuna 2003. ISBN 80-7168-749-9.
- GILLERNOVÁ, I., MALOTÍNOVÁ, M.: *Psychologie pro střední školy*. Praha, SPN 1996. ISBN 80-04-25936-7.
- GROF, S.: *Holotropní vědomí*. Praha, Gemma 89 1993. ISBN 80-85206-18-8.
- HELUS, Z.: *Dítě v osobnostním pojetí*. Praha, Portál 2004. ISBN 80-7178-888-0.
- CHREBETOVÁ, A.: *Život před narozením*. Předškolská výchova, 1990, roč. 44, č.10, s.22-23.
- Klíčová slova jsou hra a kontakt*. Děti a my, 1990, roč. 20, č. 2, s. 14-15.

- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D.: *Vývojová psychologie*. Praha, Grada 2006. ISBN 80-247-1284-9.
- LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z.: *Počátky našeho duševního života*. Praha, Panorama 1986.
- LEBOYER, F.: *Porod bez násilí*. Praha, Stratos 1995. ISBN 80-85962-04-7.
- MACKŮ, F., MACKŮ, J.: *Průvodce těhotenstvím a porodem*. Praha, Grada 1998. ISBN 80-7169-589-0.
- MAREK, V.: *Nová doba porodní*. Praha, Eminent 2002. ISBN 80-7281-090-1.
- MARKOVÁ, Tamara. Tanec rodiček. *Femina.cz* [online]. 2008 [cit. 2009-02-25]. Dostupný z WWW: <<http://www.femina.cz/tehotenstvi/tanec-rodicek/5641>>.
- MROWETZ, M.. Bonding neboli děti chtějí být připoutány k matkám!. *Babetko* [online]. 2009 [cit. 2009-02-25]. Dostupný z WWW: <[http://www.rodinka.sk/index.php?id=bonding&no_cache=1&sword_list\[\]=bonding](http://www.rodinka.sk/index.php?id=bonding&no_cache=1&sword_list[]=bonding)>.
- NILSSON, L.: *Tajemství života*. Praha, Svojtka a Vašut 1996. ISBN 80-7180-025-2
- PELIKÁN, J.: *Výchova pro život*. Praha, ISV 2004. ISBN 80-86642-31-3.
- PELIKÁN, J.: *Pomáhat být: otevřené otázky teorie provázející výchovy*. Praha, Karolinum 2002. ISBN 80-246-0345-4.
- PELIKÁN, J.: *Výchova jako teoretický problém*. Ostrava, Amosium servis 1995. ISBN 80-85498-27-8.
- PELIKÁN, J.: *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha, Karolinum 2004. ISBN 80-7184-569-8.
- PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J.: *Pedagogický slovník*. Praha, Portál 2001. ISBN 80-7178-579-2.
- RHEINWALDOVÁ, E.: *Jak vychovat šťastné dítě*. Praha, Motto 1997 ISBN 80-85872-61-7
- RHEINWALDOVÁ, E.: *Rodičovství není pro každého*. Motto 1996. ISBN 80-901338-4-3.
- RHEINWALDOVÁ, E.: *Výchova dítěte začíná ještě před narozením*. Rodina a škola, 1997, roč. 44, č.8/9 , s.12.
- RICHTER, R., SCHAEFER, E.: *Kniha pro tatínky*. Praha, Grada 2007. ISBN 978-80-247-2083-8.
- SMÉKAL, V.: *Pozvání do psychologie osobnosti*. Barrister and Principál, Brno 2002. ISBN 80-85947-81-1.
- STOPPARDOVÁ, M.: *Početí, těhotenství a porod*. Martin, Neografiea 1996. ISBN 80-85186-91-8.

- TRUSEM G., GOZE-HÄNEL I.: *Prenatální komunikace*. Praha, Portál 2003. ISBN 80-7178-753-1.
- TYLOVÁ, V., ŠULOVÁ, L., BINDER, T.: *Prenatálním učením ke genialitě?*. Psychologie dnes, 2006, roč. 12, č. 2, s. 14-15.
- VÁGNEROVÁ, M.: *Vývojová psychologie*. Praha, Portál 2000. ISBN 80-7178-308-0.
- VÁGNEROVÁ, M.: *Úvod do psychologie*. Praha, Karolinum 2001. ISBN 80-246-0015-3.
- VERNY, T., KELLY, J.: *The Secret Life of the Unborn Child*. Summit Books, USA and Collins, Canada, 1981. ISBN 0385289715.
- VERNY, T., KELLY, J.: připravované vydání knihy *The Secret Life of the Unborn Child* v českém jazyce. Praha 2009.
- VLČEK, J.: *Zapomenutá pravda. Život před narozením*. Kutná Hora, Tichá Byzanc 2008. ISBN 978-80-86359-18-2.
- VORLÍČEK, CH.: *Úvod do pedagogiky*. Nakladatelství H H, Praha 2000. ISBN 80-86022-79-X.
- ZÁHUMENSKÝ, J.: *Fetomaternální komunikace*. *Rodina* [online]. 2008 [cit. 2009-02-25]. Dostupný z WWW: <<http://www.rodina.cz/clanek6601.htm>>.

Přílohy

DOTAZNÍK

Milé maminky,

pokud jste matkami alespoň jednoho dítěte (na věku nezáleží) a máte nyní chvilku času, prosím vás o vyplnění následujícího dotazníku.

Účelem dotazníku je zjistit, zda těhotné ženy v průběhu těhotenství komunikují se svými miminky. Možná si říkáte, že to nelze, nebo že jste rozhodně nic takového nedělala. Pokud se ale začtete do dotazníku, možná zjistíte, že právě i vy, jste využívala některých způsobů prenatální komunikace.

Tento dotazník je zcela anonymní. Zjištěné výsledky použiji do své diplomové práce.

Děkuji za váš čas a ochotu.

Jana Menšíková

- 1) Slyšela jste někdy o prenatální komunikaci?
 - a) Ano, velmi se o způsoby komunikace s miminkem v těhotenství zajímám.
 - b) Ano, ale slyšela, ale nezajímám se blíže o možnosti této komunikace.
 - c) Ano, ale nevěřím na možnost komunikace s nenarozeným miminkem.
 - d) Ne, nevím o co se jedná.

- 2) Myslíte si, že prožitky dítěte v době prenatálního života mohou ovlivnit jeho další životní vývoj?
 - a) Ano, nepochybně.
 - b) Spíše ano.
 - c) Spíše ne.
 - d) Rozhodně ne.
 - e) Nevím.

- 3) Mluvila jste v průběhu těhotenství na své miminko?
- a) Ano, pravidelně.
 - b) Ano, příležitostně.
 - c) Výjimečně.
 - d) Ne, nemluvila.
- 4) Pokud ano, vnímala jste, že vaše miminko reagovala již i krátce po porodu na váš hlas pozitivně a byl tento váš hlas pro něj více uklidňujícím, než hlas cizích osob (porodních asistentek, zdravotních sester, lékařů...)?
- a) Ano, jsem o tom přesvědčena.
 - b) Ano, spíše ano.
 - c) Nevím.
 - d) Ne, nepozorovala jsem rozdíl.
- 5) Komunikoval s miminkem v těhotenství i váš partner?
- a) Ano, pravidelně.
 - b) Ano, příležitostně.
 - c) Výjimečně.
 - d) Ne, nemluvil.
- 6) Pokud ano, reagovalo miminko po porodu na jeho hlas pozitivně?
- a) Ano, jsem o tom přesvědčena.
 - b) Ano, spíše ano.
 - c) Nevím.
 - d) Ne, nevypozorovala jsem.
- 7) Zpívala jste svému dítěti v průběhu těhotenství?
- a) Ano, pravidelně.
 - b) Ano, příležitostně.
 - c) Výjimečně.
 - d) Ne, nezpívala.

- 8) Pouštěla jste mu hudbu?
- a) Ano, pravidelně.
 - b) Ano, příležitostně.
 - c) Výjimečně.
 - d) Ne, nepouštěla.
- 9) Pokud ano, jakou? (prosím doplňte)
-
-
- 10) Pozorovala jste, zda vaše dítě po narození na tuto hudbu reagovalo?
- a) Ano, rozhodně reagovalo.
 - b) Ano, spíše reagovalo.
 - c) Nevím.
 - d) Ne, nereagovalo.
- 11) Pokud ano, hodnotila byste tyto reakce jako:
- a) Kladné. Dítě se otáčelo za zdrojem hudby, později se smálo, či jinak pozitivně reagovalo.
 - b) Záporné. Dítě plakalo či jinak vyjadřovalo svou nevoli.
 - c) Neutrální.
- 12) Hladila jste v průběhu svého těhotenství miminko (hladila jste břicho, lehce masírovala, šimrala apd.).
- a) Ano, pravidelně.
 - b) Ano, příležitostně.
 - c) Výjimečně.
 - d) Ne, nehladila.
- 13) Pokud ano, reakce vašeho miminka po narození na dotyk byste hodnotila jako:
- a) Kladné. Miminko vyhledávalo kontakt, rádo se mazlilo.
 - b) Záporné. Miminko kontakt nevyhledávalo.
 - c) Neutrální.
 - d) Jiná odpověď. Prosím napište.

14) Pokud ne, reakce vašeho miminka po narození na dotyk byste hodnotila jako:

- a) Kladné. Miminko vyhledávalo kontakt, rádo se mazlilo.
- b) Záporné. Miminko kontakt nevyhledávalo.
- c) Neutrální.
- d) Jiná charakteristika. Prosím napište.

15) Komunikovala jste se svým miminkem v průběhu těhotenství i prostřednictvím estetických zážitků (např. kreslení na břicho)?

- a) Ano, pravidelně.
- b) Ano, příležitostně.
- c) Výjimečně.
- d) Ne, tímto způsobem jsem s ním nekomunikovala.

16) Snažila jste se na své miminko v průběhu těhotenství tzv. „napojit“, svými myšlenkami, meditací apd.:

- a) Ano, pravidelně.
- b) Ano, příležitostně.
- c) Výjimečně.
- d) Ne, tento způsob jsem nezkoušela.

17) Tančila jste v průběhu těhotenství (břišní tanec, tanec rodiček)?

- a) Ano, pravidelně.
- b) Ano, příležitostně.
- c) Výjimečně.
- d) Ne, netančila jsem.

- 18) Pokud ano, jak reagovalo vaše dítě po porodu na houpavé pohyby?
- a) Rozhodně kladně. Zklidnilo se, usnulo, usmívalo se apd.
 - b) Spíše kladně.
 - c) Spíše negativně. Brečelo, bylo neklidné.
 - d) Rozhodně negativně.
 - e) Neutrálně, jak kdy.
 - f) Jinak.
- 19) Komunikovala jste se svým miminkem i jiným způsobem, než je zde uvedeno?
Pokud ano, prosím napište, ev. popište.
- _____
- _____
- _____
- 20) Jednalo se o vaše _____ dítě
(prosím doplňte kolikáté v pořadí je vaše dítě)
- 21) V době porodu vám bylo _____ let
(prosím doplňte věk)
- 22) Dítěti je nyní _____ let
(prosím doplňte)
- 23) Vaše nejvyšší dosažené vzdělání
- a) Základní
 - b) Vyučena bez maturity
 - c) Vyučena s maturitou
 - d) Střední odborné s maturitou
 - e) Gymnázium
 - f) Vyšší odborné
 - g) Vysokoškolské

- 24) Bylo vaše těhotenství plánované a žádoucí?
- a) Ano.
 - b) Ne, ale na miminko jsem se těšila.
 - c) Ne.
- 25) Váš vztah s otcem dítěte v průběhu těhotenství byste považovala za:
- a) Velmi dobrý
 - b) Dobrý
 - c) Špatný
 - d) Nevím
 - e) Přerušila jsem vztahy s partnerem
- 26) V případě, že plánujete další těhotenství, chtěla byste s vaším miminkem komunikovat již v průběhu prenatálního života?
- a) Ano, rozhodně.
 - b) Spíše ano.
 - c) Spíše ne.
 - d) Rozhodně ne.
 - e) Ještě jsem o tom neuvažovala.

ANOTACE

Diplomovou práci lze zařadit svým zaměřením mezi teoreticko-výzkumné práce. Práce se zabývá utvářením osobnosti v prenatálním období a důsledky pro následující výchovu. Diplomová práce se zamýšlí, jakým způsobem lze působit na plod, nakolik lze ovlivnit jeho následující život a úspěšnost. Zabývá se vlivy, které působí na utváření člověka, zejména obdobím prenatálním a perinatálním. Stěžejní částí práce je nástin možných komunikačních prostředků, pomocí kterých lze navázat kontakt s ještě nenarozeným dítětem. V textu poukazuje autorka i na známé výzkumy a dosavadní zjištění z oblasti prenatální psychologie. Součástí práce je i dotazníkový výzkum, kterého se zúčastnilo 405 žen. Cílem tohoto výzkumu bylo zjistit, zda ženy v průběhu svého těhotenství komunikovaly se svým nenarozeným dítětem a pokud ano, tak jakým způsobem a jakými technikami a zda a jak, po narození reagovalo dítě na známé stimuly. Výsledkem provedeného výzkumu bylo, že ženy s nenarozeným dítětem převážně komunikují. Nejčastěji bylo uváděno použití verbálních technik. Ženy si ale nebyly zcela jisté, zda jejich dítě na známé stimuly po narození reagovalo.

ANNOTATION

The scope of the diploma theses is in the area of theoretical research. It is aimed at personality creation in the prenatal stage of life and its consequences for education. The theses are concerning the ways of how to influence the foetus and how it is possible to influence its success in life. They are engaged with the influences on personality creation especially in the prenatal and perinatal stage of life. The main part of the paper is an outline of possible communication techniques which can help with making contact with the unborn child. The author is pointing at well known research studies and current trends from the area of prenatal psychology. Part of the theses is research based on interviews with 45 women. The goal of this research was to find out whether the women communicated with their unborn children and if so, what techniques they used and whether and how the new-born child reacted to familiar stimuli. The outcome of the research showed that most of the women communicated with their unborn children. The most common communication technique was verbal contact, but the respondents were not sure if the new-born children had reacted to these stimuli.

SOUHLAS S PŮJČOVÁNÍM DIPLOMOVÉ PRÁCE

Souhlasím s tím, aby moje diplomová práce byla půjčována ke studijním účelům. Žádám, aby citace byly uváděny způsobem užívaným ve vědeckých pracích a aby se vypůjčovatelé řádně zapsali do přiloženého seznamu.

V Praze dne 3.3. 2009

.....

Podpis

[illegible]